

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 17 janvier 2013 à Poitiers
par **BASTIAT François**

**Les résistances des médecins généralistes à la substitution aux
opiacés, regard sur les pratiques à la marge des réseaux.**

Composition du Jury :

Président :

- Monsieur le Professeur José GOMES

Membres :

- Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT
- Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Directeur de thèse :

- Madame le Docteur Isabelle DUMAS-REAM



Le Doyen,

Année universitaire 2011 - 2012

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (**surnombre**)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépatogastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépatogastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARQ Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépto-Gastro-Entérologie

Professeur associé

SCEPI Michel, médecine d'urgence

Professeurs associés de Médecine générale

GAVID Bernard

GOMES DA CUNHA José

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe

BIRAULT François

PARTHENAY Pascal

VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion

REMERCIEMENTS

À ma mère, à mon père

À tous les médecins, qui m'ont ouvert leur porte avec enthousiasme pour participer à cette enquête. Je leur adresse mes remerciements pour leur indispensable contribution.

À Julie, pour tes précieux conseils et tes remarques bienveillantes, depuis toujours.

À mes vieux acolytes du club des Remplaçants Motivés, Camille, Gille, Loulou, Matthieu, Gaël, Marie-Pierre, Julien... à nos soirées stimulantes à torturer l'EBM.

À mes amis, Aurélien, Mélanie, Hélène, Céline... et à tous les petits.

À Guillaume, à Maud, les triples docteurs de la famille.

À Margot,

À Sami.

À Monsieur le Professeur José GOMES

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

À Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail et votre présence dans le jury nous fait honneur.

À Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux.

À Isabelle DUMAS-REAM

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci pour tes encouragements, pour ta patience et la disponibilité que tu m'as offerte.

Merci de savoir transmettre ta passion de la médecine générale avec enthousiasme et générosité.

SOMMAIRE

LISTE DES ABBREVIATIONS	8
INTRODUCTION	10
RAPPEL HISTORIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PROBLÉMATIQUE	12
I - Rappel historique de la prise en charge de la dépendance aux opiacés	12
A – Historique de la substitution en France	12
B – Émergence officieuse et officielle des dispositifs de réduction des risques	15
II - Résultats des TSO et évolution des pratiques des usagers	18
A – Les succès des TSO	18
B – Les limites des TSO	19
C – Évolution des pratiques et des usagers d’opiacés :	21
III – Positionnement de la médecine générale	23
A – Réduction des risques : des débuts clandestins	23
B – Une AMM qui vient changer la donne	24
C – Une profession hétérogène	25
D – Des freins déjà identifiés	26
MATERIEL ET METHODE, RESULTATS ET ANALYSES	28
I – Objectif et hypothèse	28
II – Matériel et méthode	29
A – La méthode	29
B – L’échantillon	30
C – Prise de contact	30
D – Déroulement des entretiens semi directifs	31
E – Le guide d’entretien :	32
F – L’analyse des données : (Analyse thématique transversale)	34
III – Résultats et analyses	35
A – Données générales des entretiens	35
1 – Nombre et période de réalisation	35
2 – Lieu des entretiens	35
3 – Durée des entretiens	36
B – Description de la population étudiée (données sociodémographiques)	36
1 – L’âge et le sexe	36
2 – Ancienneté de l’installation	37
3 – Secteur et zone d’exercice	37
4 – Mode d’installation	37
5 – Suivi de patients en cours de substitution et/ou prescription ponctuelle	38

C – Données du discours des médecins généralistes sur leurs difficultés de prise en charge -----	38
1 – Relatives à la difficulté d'accepter de nouveaux patients en général, au mode de fonctionnement du cabinet-----	39
2 – Relatives aux connaissances générales dans ce domaine, à la coopération avec le CSST le plus proche-----	41
3 – Relatives à l'approche du patient -----	47
4 – Relatives à la perception du produit-----	51
5 – Relatives à la perception de l'efficacité de la prise en charge :-----	54
6 – Évocation de la situation locale et Perception intra-professionnelle : « Ceux qui font »-----	58
7 – De la connaissance, la compréhension et l'adhésion aux principes et politiques de réduction des risques : Exemple de l'opinion au sujet des salles de consommation à moindre risque -----	64
DISCUSSION -----	69
I – Synthèse des résultats -----	69
II – Critique -----	71
A – Intérêt de l'étude -----	71
B – Limites-----	72
III – Perspectives -----	73
CONCLUSION-----	74
BIBLIOGRAPHIE-----	75
ANNEXES-----	80
Annexe 1 : Le repère du toxicomane -----	81
Annexe 2 : Billet d'humeur -----	83
Annexe 3 : Support documentaire -----	85
Annexe 4 : Grilles d'entretien -----	89
Annexe 5 : Corpus des entretiens-----	91
RÉSUMÉ -----	131

LISTE DES ABBREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ASUD : Auto-Support des Usagers de Drogues

BBD : Buprénorphine Bas Dosage

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogue

CCAA : Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CIRDD : Centres d'Information Régionaux sur les Drogues et les Dépendances

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSAPA : Cantres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de Soins Spécifiques pour Toxicomanes

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires.

DGS : Direction Générale de la Santé

EPU : Enseignement Postuniversitaire

FFA : Fédération Française d'Addictologie

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MG : Médecin Généraliste

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés

NA : Narcotiques Anonymes

OFDT : Observatoire Français de Drogues et des Toxicomanies

PES : Programme d'échange de seringues

RDR : Réduction Des Risques

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (Réseau sentinelle)

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La réduction des risques liés à la toxicomanie est un concept qui est longtemps resté marginal en France. Dans le courant des années 80, la pandémie de sida a changé le regard que portait le corps médical sur l'univers des toxicomanes. Jusqu'à lors, les médecins qui se risquaient à s'impliquer dans des pratiques de substitution s'exposaient alors à des sanctions sévères. Il y a un peu plus de quinze ans, devant l'urgence sanitaire, les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ont fait l'objet d'une promotion inédite avec la mise à disposition de buprénorphine haut dosage à tous les prescripteurs sans que l'on ait vraiment de recul sur son usage. Nombre d'études depuis l'époque ont démontré que le bilan de ces traitements est largement positif, en termes de santé individuelle comme de santé publique. Selon les derniers chiffres de l'Observatoire Français des Toxicomanies, au premier semestre 2007, 120 000 personnes bénéficiaient d'un traitement. La buprénorphine Haut Dosage (BHD) représente 80% des prescriptions contre 20% pour la méthadone.

Pourtant dans le domaine de la médecine générale, les traitements de substitutions et la prise en charge des usagers de drogues sont des pratiques que tous les praticiens ne partagent pas. Depuis le développement du concept de réduction des risques, les médecins présents dès la première heure pour partager leur savoir se sont organisés en réseaux officiels avec les hôpitaux publics et les secteurs associatifs. Ils se sont donnés pour mission d'avoir la meilleure couverture possible sur le territoire pour aller à la rencontre des usagers de drogues et des professionnels de santé qui les ont en charge.

Cette répartition n'est pas optimale, et l'évolution de la démographie médicale est aussi à la source de difficultés au niveau local avec une offre de soin qui s'amenuise. À

l'heure actuelle, nombre de praticiens ne s'investissent pas dans ce type de prises en charges.

Pour répondre à la problématique de l'inégalité des prises en charges des patients, dans les secteurs à la marge des réseaux, nous nous sommes intéressés au secteur de Cognac, ville de Charente, qui est située à une quarantaine de kilomètres de la ville d'Angoulême où se trouve le centre de soins spécifiques pour toxicomanes (CSST) le plus proche. Cette étude a pour objectif de décrire les pratiques, afin de pouvoir apporter des réponses adaptées aux problèmes qui pourraient être identifiés. Nous procéderons à la réalisation d'une enquête qualitative en développant sa démarche

Une première partie rappellera brièvement de manière thématique l'historique de la prise en charge de la dépendance aux opiacés en France, étroitement liée à la mise en œuvre des principes de réduction des risques. Après avoir évoqué rapidement les résultats de ces traitements, et la manière dont ils ont influencé l'univers de la toxicomanie actuel, nous essaierons de préciser le cadre de l'étude en se focalisant sur l'intervention des médecins généralistes dans ce domaine. Le détail de l'étude effectuée sera précisé dans la deuxième partie.

RAPPEL HISTORIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PROBLÉMATIQUE

I - Rappel historique de la prise en charge de la dépendance aux opiacés

A – Historique de la substitution en France

En matière d'addiction aux opiacés, la réponse médicale est longtemps restée l'abstinence. Toutefois des premières descriptions d'usage de substitution avaient été réalisées au XIX^{ème} siècle par un aliéniste Français, le Dr Henri Guimball, dans un traité paru en 1891¹. Il y faisait référence à l'utilisation de la codéine comme substance la plus propices à se substituer aux effets de la morphine. Or la codéine est aussi très bien connue dans la gestion du manque, en automédication par les usagers de drogues². On pouvait en dénombrer 10 millions de boîtes vendues par an en France, au début des années 90, avant l'officialisation des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) et la mise à disposition de médicaments de substitution (Kempfer, 1997).

Il faut attendre 1965 pour qu'aux États-Unis, Dole et Nyswander publient des travaux mettant en avant l'intérêt de l'utilisation de la méthadone dans le traitement des phénomènes de dépendance aux opiacés (Auriacombe et al. 2006a, 224). Ce sont les premiers à observer cliniquement les effets de cette molécule utilisée en opposition aux habituels sevrages qui se soldaient très souvent par des échecs. Ils élaborent alors une théorie définissant l'addiction aux opiacés comme une maladie métabolique chronique, et

¹ Les Morphinomanes : comment on devient morphinomane, les prédestinés, éphémère volupté et supplices durables, désordres physiques et troubles de l'intelligence, médecine légale, traitement. Voir dans le passage : « (...) tout près de la morphine se trouve une substance douée de propriétés analogues mais s'en distinguant toutefois par un degré de toxicité beaucoup moindre et qui, par ce fait, constitue pour nous le desideratum tant recherché pour un substitutif. Cette substance voisine de la morphine, c'est la codéine. »

² Citation de William Burroughs en 1980 : « Ah, la France ! Ce pays formidable où la codéine est en vente libre... »

l'administration de doses de méthadone permettait d'atténuer ou de supprimer le « craving » (ou faim d'opiacés) responsable de nombreuses rechutes, tout en supprimant les symptômes physiques du sevrage (Auriacombe et al. 2006b, 620).

À cette époque en France, la toxicomanie était réprimée de manière générale et les usagers étaient très peu considérés, sauf sur le plan pénal. Quelques médecins, souvent des psychiatres, commencent à recevoir des usagers dans les hôpitaux psychiatriques ou les centres antipoison. Cependant, la prise en charge reste essentiellement la cure de sevrage, l'abstinence, et les usagers de drogues, volontiers décrits comme perturbateurs, ne sont pas perçus comme des malades comme les autres (Jeanmart 2006, 82). Dans le contexte d'évènements ayant marqué l'opinion publique³, la loi du 31 décembre 1970 vient assouplir les mesures répressives en proposant des mesures alternatives aux sanctions pénales, y associant des propositions d'injonctions de soins anonymes et gratuits (Bergeron, 1996). Il faut attendre les années 74-75 pour assister à la mise en place de deux premiers programmes expérimentaux de substitution de méthadone (sous forme de sirop) à l'hôpital Sainte-Anne et à l'hôpital Fernand-Widal à Paris. La plupart des CSST à l'époque sont frileux. Ce ne sont pas des structures d'accompagnement médical, mais psychosociales et éducatives.

Le début de la pandémie de SIDA à partir de 1981, va venir bouleverser les pratiques, mais assez timidement en France. En effet, alors que les pays frontaliers encouragent la substitution, la France semble rester sur le terrain de l'abstinence en priorité, en se positionnant de manière ambiguë vis-à-vis de ces prises en charges, par rapport aux prises de positions du Dr Olievestein⁴ notamment (Blaise, 2011). Ainsi, entre 1973 et 1993, il n'existe en France que 40 « places méthadone », et les médecins qui s'occupent de ces centres sont souvent considérés comme des « dealers en blouses blanches » (LOO 1987). On observe aussi en parallèle, quelques psychiatres et médecins généralistes qui, en toute illégalité, et sans caution de la sécurité sociale, proposent des médicaments de substitution mal adaptés de manière empirique comme la buprénorphine bas dosage (Temgesic®) ou le

³ On citera l'épisode du « Drame de Bandol » survenu durant l'été 1969, avec le décès par overdose d'une jeune fille de 19 ans, retrouvée dans les toilettes d'un café de la cité balnéaire, qui a enflammé l'opinion publique au sujet des risques encourus par les jeunes.

⁴ Claude Olievenstein affirme en 1986 : « pour quelques misérables succès, ils consistent à remplacer un dépendance par une autre » en parlant des traitements par méthadone. Et exprimait aussi à l'époque des réserves à ces traitements qu'il jugeait pouvant dériver vers un certain contrôle social des usagers, les privant alors de leur liberté.

sulfate de morphine (Skenan[®], Moscontin[®]), des anxiolytiques, ou d'autres antalgiques (Gaudillière, 2007, 14). Du côté des usagers, c'est le Néo-Codion[®], alors en vente libre, qui fait office d'auto-substitution. Avant 1996, on pouvait compter jusqu'à un million de boîtes vendues chaque mois par les pharmacies françaises (Armand, 2004).

Une telle pression d'auto et d'hétéro-substitution illégale à l'époque marque bien le fléau que représente la toxicomanie intraveineuse, en 1993, la première cause de mortalité des 18-34 ans en Ile de France est rapportée aux cas de SIDA et d'overdoses directement liés à ces pratiques, sans même compter la morbi-mortalité croissante engendrée par les cas de VHB et VHC (Lecomte, 1994). C'est dans ce contexte, que Simone Veil, ministre des Affaires Sociales, de la Ville et de la Santé, met en place le « dispositif de réduction des risques infectieux », avec la circulaire DGS n°14 (7 mars 1994), qui encadre l'utilisation de la méthadone, pourtant toujours considérée comme stupéfiant, sa délivrance reste réservée aux centres ayant obtenu un agrément (Jeanmart 2007, 617). Le paradoxe est que ces premières mesures, prises un peu à la hâte du fait de l'urgence sanitaire, commencent à dénoter avec le volet répressif de la loi du 31 décembre 1970. La ministre ordonne alors une commission de réflexion présidée par le Pr Henri Henrion. Dans la mesure où à l'époque, rien ne remettait en cause la lutte contre la toxicomanie, le « rapport Henrion » recommande de développer les dispositifs de réduction des risques et les traitements de substitution (Lebeau, 1995).

C'est à la suite de ces réflexions, en 1995, qu'une nouvelle circulaire de la DGS (DGS/SP3/95 n°29) autorise la prescription de la buprénorphine haut dosage par tous les médecins. Alors que la méthadone avait toujours été considérée comme un « outil thérapeutique » permettant au patient de bénéficier d'une prise en charge psychosociale, la BHD devient un « médicament » à part entière (Coppel, 2004). La même année, la méthadone, qui était théoriquement utilisée dans un cadre expérimental, et la BHD (Subutex[®]) obtiennent l'AMM dans le traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La méthadone reste encadrée par un dispositif lourd, son AMM est attribuée à la pharmacie centrale de l'AP-HP, elle devient disponible en officine de ville à partir de septembre 1995, mais l'initiation du traitement ne peut se faire qu'en CSST (ou par certains hospitaliers par la suite) pour une durée de 14 jours maximum, le tout s'inscrivant dans une

logique de « haut seuil »⁵. La BHD est disponible en pharmacie à partir de février 1996, n'étant pas considérée comme stupéfiant (il n'y a pas d'overdose décrite sous BHD seule), ses règles de prescription sont tout de même calquées sur celles de stupéfiants, avec une ordonnance ne pouvant pas excéder 28 jours.

À ce jour, du point de vue des thérapeutiques médicamenteuses, on peut noter une nouvelle galénique pour la méthadone sous forme de gélules. Bien que la prescription initiale du relais de la forme sirop aux gélules reste limitée aux médecins de centre de soins spécialisés ou aux hospitaliers spécialisés en toxicomanies, cela a apporté un avantage logistique certain aux patients en ambulatoire. Concernant la BHD, des formes génériques sont disponibles depuis le premier semestre 2006, évidemment soumises aux mêmes conditions de prescription. Le laboratoire Reckitt Benckiser Pharmaceuticals, qui était titulaire du brevet initial, a obtenu une AMM pour une nouvelle spécialité nommée Suboxone® qui est une association de BHD et de naloxone, avec pour indication la prise en charge des patients auto-injecteurs de BHD, en alternative à la méthadone⁶. Cette nouvelle spécialité est commercialisée depuis février 2012, à ce jour, les données cliniques internationales sont insuffisantes pour démontrer qu'elle entraîne une diminution significative des pratiques d'injection (Prescrire, 2007).

B – Émergence officieuse et officielle des dispositifs de réduction des risques

Les milieux associatifs et les usagers n'ont pas attendu les mesures gouvernementales pour réfléchir ensemble au moyen de sécuriser l'usage des drogues⁷. Malgré l'ouverture à l'injonction thérapeutique de la loi du 31 décembre 1970, la volonté du gouvernement allait dans le sens de la pénalisation de l'usage au prix d'un déni des risques sanitaires, on citera par exemple, le décret n°72-200 du 13 mars 1972, réglementant le commerce et

⁵ Les notions de « haut seuil » et « bas seuil » dépendent du programme de substitution, et surtout de la « trajectoire » du patient. D'après la MILDT, les dispositifs à « haut seuil » sont stricts et destinés à des personnes qui s'orientent vers une abstinence. Le « bas seuil », beaucoup plus accessible, vise surtout à gérer les demandes d'un patient qui présente une trajectoire difficile, et à rendre son comportement plus acceptable pour la société.

⁶ L'association de naloxone à la BHD serait sensée décourager les pratiques d'injection, entraînent un antagonisme des effets de la BHD. Alors que la prise en sublingual ne laisse qu'une très faible biodisponibilité à la naloxone qui est massivement métabolisée par effet de premier passage hépatique.

⁷ Certains éléments seront développés dans le chapitre III.

l'importation de seringues et d'aiguilles hypodermiques, avec nécessité de justifier son identité pour s'en procurer. Les quelques programmes d'expérimentation de la méthadone ainsi que les injonctions thérapeutiques anonymes vers des cures de sevrage semblaient atteindre leurs limites. En 1984, la « circulaire Badinter » ouvre une période encore plus répressive, où l'usager revendeur est considéré comme trafiquant, on crée une base de données nationale recensant les usagers de drogue fréquentant les centres de soins. Parallèlement, le gouvernement crée en 1982 la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie qui deviendra par la suite la MILDT. À ses débuts, cette mission met l'accent sur la prévention primaire, avec des actions de communication décourageant l'initiation des consommations. Elle finance aussi le premier réseau national d'information et de documentation sur les drogues, leur usage et la toxicomanie, sous la forme d'une association (Toxibase)⁸. Ces actions en faveur d'une meilleure connaissance des usages vont dans le sens d'une logique de santé publique qui s'oppose à la logique répressive de l'époque. D'ailleurs, la seule mesure en faveur de la réduction des risques à cette période est le décret du 13 mai 1987 qui autorise de nouveau la mise en vente libre des seringues (Jeanmart, 2006, 612).

Parallèlement à ces timides mesures gouvernementales, l'association Médecins du monde ouvre le premier programme d'échange de seringues à Paris en 1990, qui sera suivi de nombreuses actions en faveur de la réduction des risques des usagers de drogue. C'est également à cette époque-là que l'on voit émerger des groupes d'auto-support d'usagers en France. On citera le premier groupe NA⁹ qui a été créé en 1984, mais c'est le groupe ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues), créé en 1992, qui a été le plus influent sur la scène médiatique. Ce groupe constitué d'usagers de drogues milite pour la prévention du VIH en priorité par rapport aux mesures d'abstinence à tout prix. Leur tribune publique fait émerger la notion de réduction des risques au sein de débats passionnés avec les partisans de l'abstinence avec comme message « Vaut-il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone encore séronégatif ? » (Lowenstein, 1993). Le concept de réduction des risques va alors commencer à exercer une certaine influence sur les politiques de santé, s'appuyant sur quatre principes : l'accès aux

⁸ Dissoute par le gouvernement français en 2007, son activité de documentation a été transférée à la MILDT et aux CIRDD.

⁹ Pour « Narcotiques Anonymes », concept américain qui est issu du modèle des Alcooliques Anonymes, avec en commun la mise en avant du principe d'abstinence.

seringues, à la substitution, aux soins médicaux et la promotion de l'auto-support des usagers de drogues (Jauffret, 2000).

La charnière 1995-1996 apparaît comme une étape remarquable, avec comme on l'a vu dans le chapitre précédent, la mise à disposition des traitements de substitution à grande échelle, mais aussi l'ouverture de lieux de contact (boutiques¹⁰) pour les usagers, essentiellement associatifs, et le développement de réseaux de médecins généralistes chargés de l'accueil des toxicomanes dans les hôpitaux chargés du relais avec les médecins de ville (LLORCA, 2006).

En 1999, la MILDT participe à la coordination d'un plan triennal gouvernemental, qui sera suivi par un plan quinquennal en 2004. Ces deux plans sont marqués par une volonté à harmoniser les structures existantes et apporter une réponse sanitaire globale et intégrée aux diverses composantes de la maladie addictive. De ces plans nous retiendrons, entre autre, la création de l'OFDT et du réseau sentinelle TREND¹¹, le renforcement de la prévention avec de nouveaux outils pédagogiques à large diffusion (comme le manuel Drogues : savoir plus risquer moins. Coordiné par l'INPES), la création du DESC d'addictologie, la fusion des CCAA et des CSST qui deviennent des CSAPA, avec une reconnaissance légale des activités menées par les professionnels travailleurs sociaux, enfin, les « boutiques », sont restructurées et deviennent des établissements médico-sociaux : les CAARUD (Reynaud, 2006).

Actuellement, les dispositifs existants, associant structures de prises en charge à haut seuil et à bas seuil, ont permis une nette diminution des indicateurs de morbi-mortalité liée à l'usage des opiacés. Toutefois, il reste des usagers avec des trajectoires compliquées, qui sont exposés à un risque infectieux réel (populations présentant une séroprévalence au VHC significative, socialement très précaire, la population carcérale entre autre...). Un rapport de l'Inserm, établi à la demande de la Direction générale de la santé, recommande d'adapter le dispositif de réduction des risques à la spécificité des populations. Aussi, dans une démarche d'évaluation participative et de mutualisation des savoirs, favorisant la responsabilité des individus concernés et des pouvoirs publics, « *Diverses interventions concernant*

¹⁰ Les « boutiques » sont des espaces d'accueil à vocation sociale, offrant un espace d'écoute, des sanitaires, de quoi se restaurer, et du matériel d'injection stérile à disposition. Elles ont pour vocation de maintenir un contact avec les personnes les plus précaires, et de les orienter vers le soin ou des services sociaux si besoin.

¹¹ Le dispositif TREND observe les phénomènes émergents liés aux drogues ou à leur usage, essentiellement autour des espaces urbains et festifs.

l'accompagnement à l'injection ou l'éducation aux risques liés à l'injection doivent faire l'objet également d'une évaluation » (Inserm, 2010, p.55). Ainsi sont actuellement discutées l'expérimentation de salles d'injection supervisées à moindre risque, appelées communément « salles de shoot » dans la presse généraliste. Alors que ces dispositifs sont déjà en place au Canada, en Australie, ainsi que dans six pays d'Europe, avec des évaluations favorables tant sur le plan de la santé publique que sur la lutte contre la délinquance, le gouvernement français a émis un avis défavorable à leur expérimentation dans le courant de l'été 2010 (Bertrand, 2010). Toutefois, il est possible que des premières expérimentations soient réalisées courant 2013.

II - Résultats des TSO et évolution des pratiques des usagers

Bien que les résultats des TSO soient clairement positifs en termes de santé globale, il serait inexact de les attribuer au bénéfice seul des médicaments de substitution. Ces prises en charges sont faites dans le cadre d'une politique globale de réduction des risques qui a débutée bien avant leur mise sur le marché.

A – Les succès des TSO

L'accès aux traitements de substitution en France a connu une forte croissance depuis leur mise sur le marché, alors en retard par rapport aux pays frontaliers lors de leur mise à disposition, elle est aujourd'hui premier pays prescripteur d'Europe. En 2007, on comptait 96 000 patients traités par BHD contre 24 000 traités par méthadone (OFDT, 2009). La majorité des patients (95%) sont pris en charge par un médecin généraliste en ville et sont traités par BHD dans 80.5% des cas.

En termes de mortalité, les cas de décès par surdose d'héroïne ont été divisés par plus de cinq. Entre 1994 et 2002. La proportion des cas d'infection par le VIH imputables à la toxicomanie intraveineuse a aussi diminué de manière significative : 11% des cas de séropositivité déclarée en 2003 contre 40% en 1988 (ANAES, 2004).

D'une manière générale, les pratiques d'injection sont en forte diminution également, de 70 à 80% des usagers en 1995, on les estime de 14 à 20% en 2003 (Coste, 2004).

On assiste également à une amélioration du pronostic périnatal, avec des taux de prématurité passant de 40% des naissances chez les consommatrices non substituées, à 10% sous TSO dans une étude dédiée (Lejeune, 2003).

Sur le plan de la situation sociale et de l'insertion, le rapport de la conférence de consensus de 2004, regroupe différentes études qui démontrent une amélioration des conditions de logements, d'avantage d'affiliations aux caisses de santé et aux allocations sociales, une activité professionnelle plus fréquente et plus stable, ainsi qu'un environnement relationnel plus investi. La délinquance est aussi en forte baisse, avec une chute de 87% des interpellations pour usage simple ou associé à de la revente d'héroïne en 2004 par rapport au nombre estimé 10 ans plus tôt.

D'un point de vue économie globale, une estimation a été faite en 1997 en comparant deux groupes d'usagers fictifs, l'un substitué, l'autre non. Les résultats montrent que les coûts des traitements et de la prévention de la population substituée, sont largement compensés par l'économie des coûts générés par les frais de justice, et le manque à gagner en cotisations sociales de la population non prise en charge.

B – Les limites des TSO

En premiers lieux, tous les usagers n'ont pas le choix entre BHD et méthadone, bien que la prescription initiale ait été étendue aux médecins des services hospitaliers il y a 10 ans, la BHD reste cinq fois plus prescrite que la méthadone. Les CSST ne sont pas présents dans tous les départements et certains ne délivrent pas de méthadone. Lorsqu'un patient poursuit des pratiques d'injection avec la BHD, il s'expose à un risque transmission du VHC, et ne pas avoir accès à la méthadone est une perte de chance. Alors que les résultats de l'étude « ANRS-Méthaville »¹² ont été publiés en juin 2012, l'extension de la prescription n'est toujours pas effective (Roux, 2012).

¹² « ANRS-Méthaville » est un essai clinique multicentrique, commandée par le ministre de la santé Xavier Bertrand en 2007, en préalable à l'extension de la prescription initiale de méthadone aux médecins généralistes formés.

En ce qui concerne la BHD on parle souvent de mésusages. Ces pratiques dites de mésusage, peuvent se manifester de manière diverses. L'auto-substitution est un mésusage. La mauvaise observance (fractionnement de la dose quotidienne) peut aussi se définir comme un mésusage. Parmi les patients normalement suivis, 8% sniffent les comprimés, et 13% pratiquent l'injection, avec un risque de complications comme les détresses respiratoires par surdosage, décès par overdose, complications infectieuses locales, systémique, sans oublier les risques de transmission virale si mauvaise gestion du matériel, aussi valable pour la paille. L'usage toxicomane de la BHD est aussi un mésusage, avec parfois un mode d'entrée dans la consommation des opiacés par la buprénorphine. Du fait de la facilité de se procurer de la BHD, un marché parallèle existe, certaines sources évoquent jusqu'à 25% de la quantité totale de BHD remboursée en France qui serait revendue ou échangée, mais ces détournements ne seraient le fait que d'environ 6% des patients. Un très faible pourcentage de professionnels serait impliqué dans ce trafic (Costes, 2010).

Les consommations parallèles sont aussi problématiques (alcool, benzodiazépines, d'autres substances illicites comme la cocaïne, etc...). Ces consommations peuvent être antérieures à la substitution, un transfert de dépendance d'une substance vers une autre, ou en compensation d'une anxiété insuffisamment contrôlée par le MSO. Ces poly-consommations sont un autre facteur de risque de décès par TSO (Costes, 2010).

Contrairement au VIH, la prévalence de l'hépatite C reste très importante chez les usagers de drogue. En 2006, l'étude InVS-ANRS Coquelicot a révélé une séroprévalence de 59,8% pour le VHC. Ce virus résiste mieux en milieu extérieur que le VHB ou le VIH. Mais cela témoigne aussi de la persistance d'échange de matériel. Dans l'étude InVS-ANRS Coquelicot, durant le mois précédent l'enquête, 13% des usagers ont partagé leurs seringues, 38% le petit matériel, 25% la paille de « sniff » ; les moins de 30 ans pratiquent plus l'injection que les autres, la séroprévalence du VHC chez ces usagers demeure préoccupante (28%) (Jauffret-Roustide, 2006).

On évoquera enfin un motif d'insatisfaction important, la stigmatisation du patient. Qu'il ait pu se sentir rejeté avant sa consommation, ou à cause de l'image qu'il renvoie, c'est une sensation que le traitement peut difficilement faire disparaître, voire même renforcer.

C – Évolution des pratiques et des usagers d'opiacés :

En prenant pour référence les données de dix ans d'observation du dispositif TREND (1999-2009), nous pouvons appréhender l'évolution de l'utilisateur d'opiacés. Si l'utilisation des MSO, et plus particulièrement la diffusion de la BHD à l'échelle du territoire, a permis de freiner la circulation et la consommation d'héroïne, la BHD est désormais disponible dans le cadre du marché parallèle. Dans la rue comme dans le milieu carcéral, sa circulation permet d'entretenir la consommation d'héroïne, que ce soit pour des usagers habitués déçus de l'effet de la BHD, ou pour des primo consommateurs de BHD désireux de passer à autre chose.

Lors des premières années suivant la « mise en circulation » de la BHD, celle-ci avait réussi à freiner la circulation d'héroïne. Elle véhiculait une image plutôt positive jusqu'à la fin des années 1990. Circulant dans les milieux festifs, elle était plutôt abordable. Pourtant à partir de l'année 2000, l'héroïne redevient une substance attractive. Trois raisons ont été identifiées. D'une part, des modes d'administration alternatifs, en sniff (un effet de l'influence de la BHD qui était majoritairement consommée sniffée), ont permis de détacher son image de celle de la seringue. D'autre part, l'image morbide véhiculée par l'héroïne s'est éteinte, la peur du VIH est moindre du fait de ces nouveaux usages, et la gestion du manque est plus aisée avec, pour support, de la BHD qui circule facilement pour s'auto-substituer. Enfin, le prix élevé de l'héroïne rend cette substance plus attractive dans les milieux festifs (Toufik, 2010).

L'image classique de l'héroïnomane injecteur a alors laissée sa place à d'autres profils d'utilisateurs. Les observateurs du TREND proposent 5 profils différents :

L'hybride : à la fois consommateur d'héroïne et de BHD pour réguler les effets de manque ou la pénurie. En général, il arrive à réguler sa consommation sans se mettre en difficulté financièrement.

Le « *primo-usager de Subutex®* » : qui ne connaît que la BHD, ne pas de profil particulier, pouvant à la fois être jeune, précaire, « errant », ou originaire de l'Europe de l'Est et du Maghreb. Mais sont concernés aussi des personnes insérées normalement ayant fait l'expérience dans des contextes festifs, relationnels, ou dans le milieu carcéral.

L'ex-consommateur de BHD revenant à l'héroïne : parfois après plusieurs années de substitution, par lassitude, ou parfois à cause de l'image stigmatisée du toxicomane à la BHD.

Le *nouveau consommateur d'héroïne de l'espace festif* : souvent des jeunes qui ont recours à cette substance pour réguler la prise de stimulants.

Le *nouveau consommateur d'héroïne de l'espace urbain* : jeune, en grande précarité sociale, évoluant aux frontières de l'espace festif et de l'espace urbain. Souvent originaire d'Europe centrale et orientale.

Nous allons maintenant nous intéresser à un autre groupe tout aussi hétérogène, celui des médecins généralistes.

III – Positionnement de la médecine générale

A – Réduction des risques : des débuts clandestins

Jusqu'au milieu des années 90, les médecins généralistes ne semblent pas susciter un grand intérêt dans la littérature. L'essentiel des études est orienté vers les usagers de drogues, et dans le cadre des recherches cliniques, les professionnels sollicités sont souvent ceux qui exercent dans les centres d'accueil spécialisés. Par contre les médecins généralistes sont régulièrement les premiers vers qui les usagers de drogue en souffrance se tournent. Bien que les recherches, au fil des années, semblent s'orienter vers les traitements de substitution et la généralisation de leur prescription, on s'intéresse au médecin généraliste comme un outil de récupération de données sur les usagers et leur pratiques ; mais on ne s'intéresse pas aux praticiens eux-mêmes (Jeanmart, 2006, 70).

Depuis les années 80, la plupart des médecins généralistes évitent de recevoir des usagers de drogue par crainte de créer de l'affluence, pourtant des résistances se font entendre face aux discours dominants, avec des médecins qui proposent des « substitutions sauvages », au chlorhydrate de morphine notamment. En 1987 et 1990 respectivement, l'AMM est obtenue pour les formes injectables puis buvables de la buprénorphine bas dosage (Temgésic®), développé par le laboratoire Schering Plough dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Quelques médecins vont commencer à expérimenter cette nouvelle molécule, dont les résultats sont assez encourageants. Le Dr Carpentier fait office de chef de file à Paris. Avec l'augmentation de la prévalence du sida, son cabinet est envahi d'usagers demandeurs, il doit commencer à solliciter ses confrères. De cette dynamique, naît le mouvement REPSUD qui regroupe des médecins généralistes qui commencent à se spécialiser dans ce type de prise en charge¹³. Bien que le Temgésic® ne fasse pas partie de la liste des stupéfiants, le conseil national de l'Ordre des médecins impose par l'arrêté du 10 septembre 2012, l'usage du carnet à souche pour freiner ces prescriptions. Devant l'urgence sanitaire, des collectifs de médecins engagés réclament la mobilisation de leurs confrères, par voie de presse notamment (Annexe 1). Mais le conseil de l'Ordre oppose une double

¹³ Des associations se créent dans le même contexte dans diverses villes, par exemple on citera entre autre Rénapsud à Bordeaux, Option à Nice, réseau Toxicomanie espace MG à Strasbourg etc...

résistance en freinant la délivrance de carnets à souche aux médecins. Beaucoup de médecin qui prescrivait ont dû se résoudre à abandonner leurs prescriptions pour se protéger eux même, et de nombreux patient ont replongé dans l'héroïne avec un surcroît d'hépatites, VIH et overdoses (DUNETON, 1993).

B – Une AMM qui vient changer la donne

Devant la réticence des spécialistes en toxicomanie de l'époque à encourager les traitements de substitution, c'est l'administration de la santé elle-même (mise en cause dans la politique menée contre le sida), qui va encourager le laboratoire Schering Plough à accélérer la mise sur le marché d'une forme plus fortement dosée de buprénorphine, pour la prise en charge des addictions. La circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996, qui fixe le cadre de l'utilisation du Subutex®, précise que tout médecin, sans restriction, est habilité à prescrire. Les médecins ne sont pas obligés de se former, d'autant plus qu'à cette époque, il n'existe pas de formation d'addictologie en France, la discipline est même quasi inexistante. Toutefois, il est recommandé dans la circulaire de prendre l'avis de confrères expérimentés, et il est vivement conseillé de travailler en réseau¹⁴ avec les centres spécialisés, les pharmaciens, et les confrères de ville (Reisinger, 1999). Comme l'a fait remarquer Feroni : « la priorité donnée à une molécule quasi inconnue au moment de son lancement et le rôle majeur confié à la médecine générale constituent une double singularité à l'échelle internationale » (Feroni, 2004, 197).

Alors qu'avant 1996, peu de médecins se déclaraient favorables à la prise en charge des usagers de drogue en cabinet de ville, la pression de la demande était si importante qu'on comptait 33 750 personnes sous Subutex® au bout d'un an, et près de 60 000 moins de trois ans après sa mise sur le marché (Morel, 2000). Mais nous allons voir que l'investissement des praticiens reste très inégal en la matière.

¹⁴ Le terme « réseau » est ainsi inscrit pour la première fois officiellement, dans l'AMM du médicament. Le terme réseau toxicomanie-ville-hôpital est précisé dans la circulaire.

C – Une profession hétérogène

La communauté des médecins généralistes ne forme pas un groupe homogène, cela est particulièrement vrai dans le domaine des addictions. En ce qui concerne l'intérêt et l'engagement personnel et professionnel dans ce domaine, une estimation proposait une répartition des médecins comme tel : (BINDER, 2006)

3% de militants prêts à s'organiser ;

7 à 15% de motivés prêts à participer régulièrement à un réseau formalisé ;

20 à 30% d'intéressés prêts à participer à des actions ou formations ponctuelles ;

40 à 55% d'indifférents mais réceptifs à une sensibilisation ;

10 à 20% d'irréductibles à toute forme de changement dans ce domaine.

En ce qui concerne la prise en charge dans le cadre de traitements de substitution, ces disparités s'accroissent, on estime en moyenne que 80% des prescriptions de MSO sont réalisés par seulement 8% des médecins. Parmi les 8% de prescripteurs, on peut rencontrer de très gros prescripteurs pouvant compter jusqu'à 200 patients dans leur file active comme cela a été décrit en Moselle (BOMBARDIER, 2001).

Comme il est précisé dans le chapitre précédent, les prescripteurs n'ont pas d'obligation de se former. Parmi tous les prescripteurs, une grande disparité des pratiques peut être observée (une illustration fictive en Annexe 2). Le faible maillage institutionnel ne permet pas d'encadrer suffisamment ces pratiques (Feroni, 2004b). Malgré la mise en place d'un Pôle Ressource National¹⁵, des différences de point de vue entre les praticiens sont toujours observées et revendiquées¹⁶.

Une étude récente (Rozaire, 2010) fait la revue de pertinence des pratiques de groupe de 193 médecins par rapport aux critères de prises en charge de l'ANAES. Ces médecins sont de 3 groupes distincts : les médecins travaillant en centre d'addictologie avec une formation poussée, les médecins travaillant en relation avec les réseaux, impliqués mais sans réelle

¹⁵ Voir Binder, 2006. Et www.prn-addictions.org

¹⁶ Alors que la majorité des praticiens se basent sur les recommandations de l'ANAES dans leur pratiques (ANAES, 2004), certains ont des approches plus souples, définies plus « humanistes », avec des seuils de prise en charge beaucoup plus bas que ne le toléreraient d'autres praticiens (VENTROU, 2009).

formation théorique poussée, et un troisième groupe de médecins tirés au sort ne faisant pas partie d'un réseau. Il en résulte que les pratiques sont pertinentes pour les spécialistes et les adhérents à un réseau, contrairement aux autres. C'est donc plutôt l'activité de réseau qui fait la pertinence des pratiques plutôt que la formation (on retrouvait aussi des médecins non adhérents à un réseau mais qui avaient eu une formation, qui n'étaient pas pertinents dans leur pratique).

D – Des freins déjà identifiés

Le fait de ne pas adhérer à un réseau ne part pas forcément d'une démarche personnelle, notamment dans les bassins sanitaires à démographie médicale faible, beaucoup de médecins n'ont pas ou peu de choix. Cela peut constituer un premier frein à la pratique de la substitution (Kayser, 2012).

Les principaux freins évoqués par les praticiens sont relatifs au manque d'intérêt, de formation, au sentiment de ne pas être compétent dans ce domaine. Il peut y avoir aussi l'incompréhension vis-à-vis de la finalité des traitements de substitution, la difficulté à les considérer comme un traitement à part entière. D'autres freins sont en général de l'ordre des convictions personnelles. Ont été décrits un sentiment d'insécurité vis-à-vis des usagers, une crainte que cela ne fasse fuir la patientèle, un rejet du milieu de la toxicomanie. Sont aussi décrits les freins relatifs au sentiment d'être manipulé, que ce soit pour la consommation personnelle, l'alimentation du marché parallèle mais aussi la Fraude sociale (Lenoir, 2011).

La réputation des praticiens au sein de la société et de la communauté médicale est aussi un frein non négligeable à la réalisation de ces prises en charges. Les cas de suspicion de fraude, de trafic, de plaintes au conseil de l'ordre, de mises en examen pour « facilitation à l'usage de stupéfiants », et de sanctions ordinales ou pénales, sont autant d'exemples et de messages donnés par l'administration pour décourager les praticiens qui s'investissent dans le champ de la toxicomanie. (Favatié, 2000) L'Académie nationale de Pharmacie a évoqué dans son rapport de janvier 2009 le souhait de « limiter la « spécialisation » de

certains généralistes, dont les pratiques s'éloignent des recommandations : posologies non respectées, ordonnances antiodatées, etc. » sans plus de précision (Académie nationale de Pharmacie, 2009, 12).

MATÉRIEL ET MÉTHODE, RÉSULTATS ET ANALYSES

I – Objectif et hypothèse

Le thème de ce travail est à l'origine une démarche personnelle. Il s'est imposé peu à peu au cours de l'activité des remplacements en cabinet de médecine générale en ville. Nous étions quelque peu familiarisés avec ce type de prise en charge, qui avait largement été abordé en stage de médecine ambulatoire lors de l'internat. En débutant les activités de remplacements, nous avons pu rapidement constater les divergences d'approche des différents médecins remplacés, par le biais du contenu du dossier médical, ainsi que du contact avec les patients. Il y a eu des demandes ou des suivis pour lesquels nous nous sommes sentis moins à l'aise, des moments de doutes, qui nous ont permis de solliciter des avis confraternels. Ces derniers se sont révélés forts contrastés. Certains pouvant se montrer très stricts voire refuser catégoriquement tout type de demande, d'autres au contraire apparaissant très souples, mais surtout des praticiens qui ne paraissaient pas nécessairement plus à l'aise avec ce type de prise en charge.

Parmi tous ces questionnements et échanges, ce qui nous a le plus interpellé n'était pas forcément le rapport à la substance, mais plutôt le rapport au patient lui-même. Nous avons décidé de nous intéresser de plus près à ces réticences que peuvent susciter les demandes de prise en charge de l'addiction à l'héroïne, dans l'intimité du cabinet du médecin généraliste. Un médecin très impliqué dans les réseaux de soins nous a orientés vers une problématique plus pragmatique, concernant la difficulté des patients à se faire prendre en charge par les médecins généralistes dans le secteur de la ville de Cognac, qui se situe notamment à plus de 40 kilomètres du CSST le plus proche.

Nous avons décidé d'aller à la rencontre de ces médecins afin d'essayer de préciser quelles pouvaient être les raisons principales de ces réticences, afin de pouvoir y apporter des éléments de réponses et peut-être améliorer les prises en charges locales à moyen ou long terme.

Un élément que nous avons jugé fondamental dans l'approche de ces praticiens était de se présenter à eux de la manière la plus objective possible, libre de toute influence d'un réseau de soin, et de tout simplement aborder le sujet autour des difficultés qu'ils pouvaient évoquer à l'égard de ce type de patients.

Nous formulons l'hypothèse que les réticences retrouvées par ces médecins généralistes seraient d'origines plurielles, non seulement en rapport avec les représentations qu'ils se font des médicaments de substitution, des patients eux-mêmes, de la distance relative des CSST avec lesquels ils pourraient travailler en coopération, mais aussi par méconnaissance des principes de réduction des risques actuels.

II – Matériel et méthode

A – La méthode

Ce type de questionnaire nous apparaît propice à la réalisation d'une étude qualitative. Comme défini par Alami et al. , les études qualitatives « *cherchent, avant d'être critiques ou dénonciatrices, à comprendre la logique sociale de chaque acteur afin de faire ressortir les marges de manœuvre sous contraintes que les groupes sociaux possèdent, éventuellement, pour réguler une partie de cette ambivalence.* » (Alami, 2009, 11).

Nous avons décidé de procéder à des entretiens semi directifs d'un échantillon de médecins installés dans ce secteur, avec un guide d'entretien comprenant des questions suffisamment ouvertes pour permettre l'émergence de représentations personnelles et non consensuelles.

Nous avons jugé important de ne pas se présenter comme émissaire des réseaux d'addictologie mais d'aborder le sujet de manière totalement extérieure à ces interactions qui ont été évoquées dans le chapitre précédent. En effet, il est important de considérer

aussi que « *l'enquêteur va également être défini, qualifié, par les personnes rencontrées, qui vont se forger une re-présentation de lui et des raisons de l'enquête. Cela est particulièrement sensible en organisation, où le chercheur peut être, dans un premier temps, considéré comme un "espion" de la hiérarchie ou encore être instrumentalisé par les différentes parties qui tentent alors de le mobiliser comme ressource dans leur propre stratégie* » (Alami et al. , 2009, 76). Se présenter comme simple médecin généraliste qui se pose les mêmes questions qu'eux apparaissait alors évident pour éviter ce type de biais.

B – L'échantillon

Dans une telle étude qualitative, l'échantillon ne vise pas à être statistiquement représentatif, mais à être représentatif de la diversité des pratiques, des points de vues, et des perceptions que l'on cherche à traiter.

L'échantillon de médecins à interroger devrait répondre à certains critères :

- être titulaire d'un doctorat de médecine générale ;
- être installé en cabinet libéral dans la ville de Cognac ou son agglomération ;
- avoir un exercice allopathique majoritaire ;
- un seul médecin par cabinet de groupe ;
- accepter de réaliser l'entretien après accord téléphonique personnel.

Une liste d'une trentaine de médecins exerçant sur le secteur a été dressée par l'intermédiaire du site Internet des pages jaunes, après les premiers critères d'exclusion, une vingtaine a été contactée. Une douzaine a accepté de réaliser l'entretien, les motifs de réponses négatives seront évoqués dans le chapitre suivant.

C – Prise de contact

La prise de contact a donc été faite par téléphone, précisant le motif de l'étude, à savoir la place qu'occupent les patients nécessitant un traitement de substitution à l'héroïne dans leur cabinet médical, et la manière dont ils percevaient ces patients. Nous avons insisté

sur le fait qu'il n'était pas important qu'ils aient l'habitude d'en voir mais seulement qu'ils en aient côtoyé. Lorsqu'il nous était demandé pourquoi le secteur de Cognac pouvait être intéressant, nous précisions qu'il s'agissait d'un secteur relativement distant des CSST, mais présentant une prévalence non négligeable de cas de toxicomanie à l'héroïne.

Nous avons précisé que nous souhaitions venir à leur rencontre au sein du cabinet médical au moment qu'ils jugeraient opportun, qu'il était possible de fixer un rendez-vous, et que l'entretien ne devrait pas excéder une quinzaine de minutes.

Nous avons expliqué que ces entretiens seraient exploités de manière anonyme, mais que par contre, nous comptons les enregistrer au moyen d'un dictaphone afin de fluidifier les échanges et d'optimiser le temps imparti.

Douze médecins ont accepté que nous venions à leur rencontre. Les motifs de refus relevés ont été un manque de temps pour 2 médecins, 3 médecins ne se sentaient pas concernés, 1 médecin ne se disait pas motivé, un médecin venait de cesser son activité, et un médecin n'a pu être joint malgré de multiples appels que le secrétariat ne semblait pas suffisamment relayer.

D – Déroulement des entretiens semi directifs

Afin d'optimiser le recueil des données, les entretiens doivent être menés dans un espace ayant un lien avec le sujet de l'enquête, le bureau de consultation apparaissait ici le lieu privilégié, malgré un médecin qui préférait nous recevoir autour d'un café dans l'office du cabinet médical.

L'entretien débutait toujours par un bref rappel du motif de notre venue et de la démarche de l'étude, le temps de poser le dictaphone, un peu en retrait, pour qu'il ne soit pas source de perturbation des échanges.

Puis venaient une série de questions relatives à l'organisation du cabinet, et autres données purement indicatives permettant aux deux interlocuteurs de se sentir en confiance.

Il est important de garder une attitude neutre pendant les échanges, afin de ne pas orienter le discours. Toutefois, la surprise comme la naïveté ont été utilisées à certains moments pour obtenir des précisions sur certains propos. Ceci en essayant de toujours

garder une écoute bienveillante, en s'efforçant de ne pas donner notre point de vue. Aussi, nous avons respecté la requête d'éteindre le dictaphone lorsque le médecin désirait nous faire part de précisions qui pourraient être jugées trop compromettantes.

Il est arrivé que le propos s'éloigne un peu du sujet, nous avons essayé de le recentrer sur le sujet, non sans difficultés parfois.

Le guide d'entretien, présenté au chapitre suivant, pouvait être suivi de manière scolaire, mais était le plus souvent utilisé comme un élément de rappel lorsque les échanges étaient riches (Blanchet, 2000). Ce guide a quelque peu évolué au fil des trois premiers entretiens afin de préciser des notions qui n'avaient pas été évoquées au départ de l'enquête.

E – Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien a été réalisé de la manière suivante (cf. annexe) : il se compose d'une première partie de rappel de présentation du cadre de l'étude, en invitant l'interlocuteur à répondre en toute objectivité.

Après une série de questions brèves visant à recueillir l'âge, et le mode de fonctionnement du cabinet, il se compose d'une trame souple de questions formulées simplement. Il fallait que ces questions soient concrètes et permettent d'apporter des réponses à la problématique et aux hypothèses formulées (Alami, 2009, 76).

Des objectifs préalables ont été définis pour élaborer le questionnaire :

➤ **Évoquer les difficultés de prise en charge sans parti pris**, en utilisant dans le questionnaire, des éléments en rapport avec les habitudes de recevoir les patients, les difficultés posées, en essayant de faire préciser quelques cas concrets.

➤ **Lister les occurrences des craintes et des appréhensions quant aux détournements et aux mésusages, sans orienter les réponses.** Pour ce faire, nous avons évoqué la thématique de la confiance lorsque les médecins disaient recevoir des patients. Et, d'une manière générale, nous les avons questionnés sur les raisons qui pourraient leur faire refuser une prise en charge.

➤ **Essayer de déterminer la perception que le médecin généraliste se fait de ce type de patient, relevant d'une prise en charge en cabinet de médecine générale ou pas, selon les cas.**

Pour ce faire, nous avons aussi cherché à savoir si les médecins avaient des patients qui consultaient ailleurs pour la prise en charge d'une substitution, s'estimant incompetent en la matière, ou alors rejetant ce type de prise en charge pour d'autres raisons. Étaient abordés par la même occasion les recours, connexions possibles et rapports entretenus avec le centre d'addictologie le plus proche, mais de manière détachée.

➤ **Évaluer de manière qualitative le degré d'implication dans la politique de réduction des risques.** Pour cela nous nous sommes servis d'un exemple concret : nous avons demandé aux interlocuteurs d'émettre une opinion concernant les débats actuels autour de la mise en place de salles de consommation à moindre risque en France. Un document récent de la revue Transversal de janvier 2012 (Annexe 3) était utilisé pour illustrer le propos si besoin. Lorsque la situation était inconnue de l'interlocuteur, nous expliquions brièvement le principe des salles de consommation à moindre risque ainsi que les freins actuels à leur mise en place. Cette thématique était abordée en toute fin de l'entretien, car le document et le caractère polémique du sujet émaillait la neutralité de l'enquêteur.

À la fin de l'entretien, nous avons essayé de privilégier un dernier moment de parole libre, demandant à l'interlocuteur s'il avait des questions particulières, s'il voulait revenir sur un point abordé, ou s'il estimait qu'il y avait un point que nous n'avions pas évoqué.

Il est important de signaler qu'une question est apparue très maladroitement à l'élaboration de l'entretien : « Quelle que soit votre décision de prise en charge ou non, pourriez-vous dire que vous agissez dans l'intérêt du patient ? ». Cette question avait initialement pour but d'essayer d'appréhender le degré d'adhésion aux prises en charge actuelle, notamment l'intérêt des prises en charge à bas seuil, où la tolérance de trajectoires particulières de certains patients. Mais cette question pouvait se révéler culpabilisante et biaiser les réponses, mettant autant mal à l'aise l'interlocuteur que l'intervieweur, elle a été rapidement éludée dès le deuxième entretien.

Un deuxième guide d'entretien a été élaboré, cette question n'a pas été retenue, ont été rajoutées des précisions à apporter concernant la formation aux questions d'addictologie durant le parcours des médecins (Annexe 4).

F – L'analyse des données : (Analyse thématique transversale)

➤ Retranscriptions :

Les retranscriptions ont été réalisées dans les 7 jours suivant chaque entretien afin de conserver les éléments non verbaux en mémoire. De même, chaque entretien était suivi d'une brève prise de notes pour conserver des éléments qui avaient pu être évoqués en dehors des périodes d'enregistrement. Le discours a été reproduit de la manière la plus fidèle possible, en notant les onomatopées et les éléments de langage non verbaux, pour retranscrire du mieux possible les émotions et les impressions qui sont passées au cours de l'entretien (Alami et al. , 2009, 76).

Les caractéristiques sociodémographiques du médecin ont été précisées concernant chaque entretien. Cependant, par souci de respect de l'engagement d'anonymisation des données, les noms propres, les noms de quartier, ou de petits villages ont été censurés. Les noms des plus grandes agglomérations ont été conservés.

Le corpus des entretiens est visible en annexe (Annexe 5).

➤ **Analyse thématique transversale :**

Après relecture des entretiens, ceux-ci ont été analysés de manière transversale (Alami, 2009, 105). Nous avons établi une grille commune à tout le corpus des entretiens pour classer les données recueillies relatives aux pratiques et aux représentations. Dans le chapitre suivant, l'analyse se fera donc par thématique et concernera l'ensemble des entretiens à chaque fois.

III – Résultats et analyses

A – Données générales des entretiens

1 – Nombre et période de réalisation

Les 12 entretiens ont été réalisés durant le mois de juin 2012 répartis sur 3 journées à deux semaines d'intervalles.

2 – Lieu des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans un secteur de 14 kilomètres autour de la ville de Cognac, en Charente. Les entretiens ont été réalisés au cabinet médical, soit entre deux consultations, soit lors de la pause de midi, soit à la fin de la journée de consultation. Il a été décidé de ne s'entretenir qu'avec un seul des médecins lorsqu'il s'agissait d'un cabinet de groupe, afin d'en perturber le moins possible l'activité.

3 – Durée des entretiens

Les entretiens étaient initialement prévus pour ne pas excéder 15 minutes, lors de la prise de contact par téléphone. La durée des entretiens, du moins de la partie enregistrée, varie de 9 minutes à 40 minutes. La durée totale des enregistrements et des retranscriptions est de 3 heures 30 minutes. La durée moyenne des entretiens est de 17 minutes et 30 secondes.

B – Description de la population étudiée (données sociodémographiques)

En préambule il est important de préciser que l'échantillon étudié ici n'est pas représentatif des médecins généralistes Français, du fait que les contraintes de terrain restreignent le recrutement à un secteur géographique limité. Mais il faut rappeler que ce type d'étude n'a pas de but statistique comme distingué précédemment. Les médecins seront distingués de manière anonyme par l'acronyme MG, pour médecin généraliste, suivi du numéro d'ordre de passation des entretiens (de MG 1 à MG 12).

1 – L'âge et le sexe

Sur les 12 médecins généralistes interrogés, 10 sont des hommes et 2 sont des femmes, ce qui nous donne une moyenne de 16.6% de femmes comparée aux 34.7% que l'on retrouve dans le département de la Charente (CNOM, 2011).

Concernant l'âge des médecins interrogés, ils sont répartis de 38 ans pour le plus jeune à 66 ans pour le plus âgé. L'âge moyen est de 55 ans, pour une moyenne départementale de 53 ans. En comparaison aux moyennes régionales (Démographie régionale Poitou-Charentes CNOM), 6 médecins sont âgés de 60 ans et plus, soit 50% (24% pour la région), et seulement 1 a moins de 45 ans, soit 8% (20% pour la région).

2 – Ancienneté de l'installation

Le médecin le plus anciennement installé a vissé sa plaque il y a 38 ans, l'installation la plus récente date de 4 ans. Ils sont 5 à être installés depuis au moins 35 ans. La durée moyenne d'installation des médecins interrogés est de 23.7 ans.

3 – Secteur et zone d'exercice

Un seul médecin est conventionné avec honoraires libres depuis 1982. Tous les autres sont conventionnés en secteur I. La zone d'exercice est difficile à définir du fait qu'on se situe au niveau d'une petite agglomération entourée d'une zone beaucoup plus extensive, 5 médecins se définissent comme travaillant dans un secteur urbain, 3 médecins considèrent qu'ils sont en semi rural, et 4 se disent en rural. On pourrait s'accorder à qualifier le secteur de semi rural à urbain, du fait de la proximité de la clinique et de l'hôpital local.

4 – Mode d'installation

- 3 médecins sont installés en groupement de 3 confrères, avec un secrétariat à temps plein sur place.
- 4 médecins sont installés en groupe de 2, dont 2 avec conjoints (es). 2 bénéficient d'un secrétariat sur place à plein temps, 1 d'un secrétariat sur place à mi-temps, et le dernier d'un secrétariat téléphonique à distance.
- 5 médecins exercent seul à leur cabinet, 2 bénéficient d'un secrétariat téléphonique assuré par l'épouse et l'employée de maison, et 3 n'ont pas de secrétariat.

Sur les 12 médecins de l'échantillon, tous travaillent au moins 9 demi-journées par semaine. 9 médecins consultent uniquement sur rendez-vous, 2 ont une activité comportant des plages de consultations libres, et un médecin ne consulte pas sur rendez-vous mais avec seulement un accès libre à ses consultations (hormis les absences lors des visites à domicile).

5 – Suivi de patients en cours de substitution et/ou prescription ponctuelle

Avant toute chose, il apparaît important de notifier ici que contrairement au postulat de départ, nous avons rencontré des médecins qui ont des patients dans leur file active. En effet, seulement 3 médecins n'en voient pas, au moins depuis deux ans. Un médecin déclare suivre 25 patients, un autre en compte une dizaine, un troisième en déclare 5 (sans compter deux de son épouse qu'il voit ponctuellement), 3 médecins disent en voir 3, 2 médecins en suivent 2, 1 prend en charge des patients de collègues de manière ponctuelle.

C – Données du discours des médecins généralistes sur leurs difficultés de prise en charge

Le contenu des entretiens fut riche, nous avons procédé à une analyse transversale du corpus des entretiens, qui a permis de dégager plusieurs thèmes pouvant donner des éléments de réponses aux questions qui sont à l'origine de cette étude.

En premier lieu nous allons retrouver les difficultés exprimées par les médecins dues à leur mode d'activité, en général essentiellement sur rendez-vous, qui ne semblerait pas correspondre aux habitudes de ce type de patients. Sera aussi évoqué dans cette partie le problème de la charge croissante d'activité.

Puis, nous évoquerons la problématique de la compétence dans le domaine de l'addictologie comme difficulté exprimée, ainsi que de la coopération avec les réseaux de soins, et la manière dont ils sont appréhendés.

Par la suite nous aborderons la thématique de l'approche du patient, l'évocation des stéréotypes, la place même de ce type de patient dans un cabinet de médecine générale. Aussi nous évoquerons les éventuels problèmes de comportement qu'ils auraient pu rencontrer au travers de leurs expériences, et la notion de confiance qui peut souvent être émaillée dans ce type de relation médecin-soigné.

Suivant l'approche des patients, nous évoquerons la perception que les médecins de l'échantillon se font des médicaments de substitution aux opiacés, qui peut être souvent

considéré comme une drogue légale au sein même de la profession. Dans cette thématique, seront aussi abordées dans ce paragraphe les problématiques de détournements de ces produits de substitution et l'impact que cela peut avoir dans leur activité de prescription.

Nous essaierons par la suite d'aborder la manière dont ces médecins perçoivent ces prises en charge, en termes d'efficacité, notamment concernant leurs attentes en terme de diminution des doses, qui ne sont pas toujours en adéquation avec les attentes des patients. De même, nous évoquerons aussi les sentiments d'échecs personnels et de trahison vis-à-vis des mésusages notamment.

Par la suite, nous reviendrons sur la particularité de ce bassin sanitaire en terme d'offre de soin pour les patients substitués, en revenant sur des évènements semi récents qui ont engendré une redistribution de patients substitués vers d'autres cabinets de médecine générale. Un autre aspect de la problématique sera évoqué par la suite, au travers de ces échanges, nous essaierons de cerner un peu plus précisément les appréciations parfois paradoxales, des médecins de l'échantillon, concernant l'activité de leurs confrères qui font le choix d'accueillir ces patients, et pouvant conduire à des comportements opportunistes ; ainsi que les appréhensions des médecins qui sont plus investis dans ce type de suivis.

Pour terminer, nous aborderons le degré d'adhésion aux principes des politiques de réduction des risques liés à la toxicomanie, au travers d'un exemple concret et actuel, les polémiques autour de la mise en place de salles de consommation à moindre risque en France. Nous verrons alors que les points de vue sont partagés.

1 – Relatives à la difficulté d'accepter de nouveaux patients en général, au mode de fonctionnement du cabinet

En premier lieu, certains médecins évoquent une surcharge d'activité qui pourrait expliquer les difficultés à recevoir de nouveaux patients :

MG 1 : *On ne prend plus de nouveaux patients en général (...) Et puis aussi le secrétariat fait un barrage mais on peut pas faire autrement.*

MG 8 : (...) maintenant non car on ne prend plus de nouveaux patients. On n'a plus le temps

MG 2 : *Quand ils arrivent et qu'ils ne veulent pas respecter des trucs, il n'y a pas de secrétariat, ils tombent sur une porte fermée, et ben ils vont voir spontanément ailleurs.*

Aussi, certains s'accordent à dire que l'activité de consultations sur rendez-vous (9 médecins travaillent uniquement sur rendez-vous) est une condition qui rend difficile l'accès de ces patients au sein de leur cabinet ; appuyant le fait que ce type de patientèle a du mal à se conformer aux exigences de ponctualité et d'anticipation que nécessitent un simple rendez-vous.

MG 1 : (...) c'est que nous on est sur rendez-vous, et ces gens-là ils ne viennent jamais sur rendez-vous. Donc nous on est tous sur rendez-vous ici donc ça pose problème, à moins qu'il y ait une remplaçante ou quelqu'un qui soit disponible et qui peut les voir, c'est vrai qu'on va pas faire passer ces gars-là devant tout le monde systématiquement pour s'en débarrasser non plus. Et ils attendent pas non plus, ils supportent pas d'attendre.

MG 2 : (...) on doit venir régulièrement, à respecter les horaires, à respecter les jours de consultation et les horaires car c'est des personnes qui respectent rien du tout. Donc à ce moment-là moi je suis pas d'accord, et c'est chacun de son côté.

MG 3 : Deuxième ou troisième retard on dit c'est fini, faudra aller voir ailleurs parce que moi, je travaille que sur consultation (rendez-vous) donc faudra aller voir quelqu'un d'autre.

Concernant les accès ponctuels relatifs à des dépannages, certains médecins concèdent en accepter, mais en mettant toujours un point d'honneur à justifier les limites qu'ils fixent, que ce soit en terme de durée de prescription, en terme de mode de délivrance, ou en se renseignant dûment sur le parcours du patient.

MG 1 : Refuser ? Ben... Si le mec il a une substitution, enfin je sais qu'il a une substitution parce que j'ai la preuve, qu'il en a besoin, ben je vais donner hein ? Je vais pas lui en donner pour très longtemps, je lui dirai tu reverras avec ton médecin habituel mais je vais le dépanner.

MG 7 : Moi je ne fais rien pour les patients en dehors des médecins du groupe, ou exceptionnellement mais toujours en ayant eu un contact avec le médecin traitant.

MG 11 : (...) quelqu'un qui vient me voir, qu'il me dit qu'il est toxicomane, que j'ai jamais vu, qui débarque, qui vient pour chercher du Subutex, à la limite je vais lui faire une prescription pour une journée, dans une pharmacie, en lui disant que ça s'arrêtera là quoi. Il faut établir... enfin je veux des preuves de ce qu'il raconte, quoi.

MG 12 : Alors je dépanne oui ça arrive. Allé, deux trois fois par an. Alors en général, là, je suis d'une extrême prudence, ça peut être vrai donc je veux pas que le type fasse des bêtises, aille faire n'importe quoi, pour avoir sa dose. Bon je lui demande ce qu'il prend et en général je lui met pour une semaine. Et en spécifiant sur l'ordonnance, si vous voulez, au pharmacien, d'abord je lui demande je lui dis « vous allez à la pharmacie d'à coté » et en spécifiant que dans le doute, je dépanne le patient, mais je ne délivre pas plus d'une semaine.

2 – Relatives aux connaissances générales dans ce domaine, à la coopération avec le CSST le plus proche

Comme nous avons pu le noter dans les données sociodémographiques de l'échantillon, la quasi-totalité des médecins interrogés exerçaient leur activité bien avant la mise sur le marché des médicaments de substitution à l'héroïne, allant au-devant de situations de soin pour lesquelles ils n'avaient pas été préparés.

MG 12 : *Si vous voulez, les gens de ma génération, pas formés, effectivement, pas formés, ont un a priori un peu conservateur allé... appelons un chat un chat, on est des vieux donc on est un peu conservateurs. On aime bien la tranquillité, on veut pas s'emmerder avec ça... Voilà, en gros on veut pas s'emmerder avec ça, surtout qu'on n'y connaît rien. Et puis, une certaine méfiance, parce qu'un certain nombre de toxicos sont quand même borderline, ils sont pas facile, forcément, à manipuler.*

Ces médecins ont dû se familiariser avec ces prises en charges spécifiques de manière plus ou moins formelle. Certains reviennent sur leur parcours, nous évoquant leurs premières rencontres avec l'univers des toxicomanes en cabinet de ville, et la manière dont ils ont approfondi leurs connaissances, en partageant leur expérience avec des pairs. D'autres évoquent la participation à un ou deux EPU(s), il y a une dizaine d'années, ainsi que les revues de littérature médicale.

MG 7 : *(...) la première fois que j'ai été confronté à ça c'était en 1995... non, 96. Je remplaçais un confrère dans les Hautes Alpes, en fait je remplaçais le père d'un de mes copains, qui était installé lui aussi dans le même groupe médical, et lui avait des malades en substitution. Mais bon ça se passait pas très très bien parce que c'était un mec assez psychorigide, mais en même temps on en avait un peu discuté, surtout qu'à ce moment-là, on essayait de comprendre un peu ce qu'il fallait faire, et comment ça se faisait, quoi. C'était un peu nouveau. Surtout que là-bas il y avait beaucoup de passage, des Italiens, il y avait la proximité de Marseille, les saisonniers aussi, les montagnards les campeurs, il y avait beaucoup de jeunes, et beaucoup de drogues qui circulaient, quoi. La vallée de la Durance c'était connu, ça circulait beaucoup. (...) j'avais été à un EPU ici à Cognac on avait eu ça. J'y étais allé. Une fois ou deux fois je sais plus. Il y a une dizaine d'années peut être ?*

MG 4 : *(...) j'ai remplacé un médecin qui voyait beaucoup de toxicos donc j'ai fait beaucoup, et j'ai appris je pense plus sur le terrain, que par rapport à la fac, quoi. Non on a eu très peu, très peu de formation quand même malgré tout. Même si je suis plus*

jeune que les autres. Faudrait que je ressorte mes cours mais à mon avis ça a été très succin, ce qui est dommage, ma foi.

MG 5 : (...) *j'ai commencé à avoir des parents qui m'amenaient leur fils qui était toxicomane. Moi je me rappelle avoir fait, avant le Subutex et les substitutifs, avec le Tranxène, le Catapressan, et les produits qu'on utilisait. Je me rappelle le Catapressan c'était un demi comprimé toutes les 2-3 heures, c'est un antihypertenseur, qui enlevait un peu le côté état de manque (...) je me suis tenu au courant, et on a eu un gars une fois, qui était venu nous parler des traitements substitutifs (...) on avait eu une EPU sur la toxicomanie, j'y étais allé parce que j'avais des patients, et puis bon ils nous avaient parlé de ça*

MG 2 : *Littérature essentiellement, non les séminaires il n'y en a pas ou très peu, et après c'est au contact des gens, on se forme petit à petit moi j'en fais depuis ... je sais pas... 10 ans.*

MG 9 : *Entre confrères oui, puis les formations et la littérature. Mais moi, mon expérience est limitée, mes connaissances aussi donc je connais mes limites (...)*

MG 11 : (...) *quand les premiers patients ayant un problème sont venus pour en parler, ben je me suis informée quoi. Des EPU, je suis abonnée à plusieurs revues, et puis voilà, quoi. Je me suis formée, sur le tas, si on peut dire.*

En ce qui concerne la coopération avec le Centre de Soins Spécifiques aux Toxicomanes le plus proche, seul le centre dénommé « Agora », à proximité de la ville d'Angoulême, a été évoqué par les médecins interrogés. Lors du premier entretien, il est apparu qu'il pouvait y avoir un défaut de communication entre la structure et les médecins libéraux, formulé comme tel :

MG 1 : *Ben on envoie à Agora. Mais... On sait pas si ils y vont, on n'a pas de courriers (...) on n'a pas de retour, et puis je comprends qu'ils soient occupés, ils savent*

pas d'abord quel est le médecin si ça se trouve, et quelque fois il doit y en avoir plusieurs, donc c'est vrai qu'on n'a pas d'échange avec ces gens-là... On se connaît pas.

Au décours de ce premier fait énoncé, nous avons pris soin lors des entretiens ultérieurs, d'essayer de faire préciser aux médecins la qualité des échanges écrits ou verbaux avec le personnel de ce CSST. Certains médecins semblent rattacher ces défauts de coordination au comportement d'errance de certains patients, qui ne se rendraient pas au centre de soins :

MG 3 : *Le réseau Agora, j'initialise souvent avec eux. Comme ça, ça fait montrer qu'on prend pas son cas à la légère, mais bon ils n'y vont pas, c'est sur Angoulême, c'est 40 km, tous les 7 jours, tous les 14 jours ils reviennent ici quoi. Une fois ou deux et puis terminé. (...) je suis pas à Angoulême, je suis à Cognac, donc ils y vont une fois, puis après ils y vont plus, donc ya pas assez de suivi.*

MG 9 : *(...) quand on envoie sur Agora en général, c'est que le patient, il maîtrise pas tout. Donc une fois sur deux, je pense que vous prenez le rendez vous il n'y va pas, donc, vous avez pas de retour. Et puis, si il revient pas, ben vous savez pas. Donc c'est toujours assez aléatoire. Des retours j'ai dû en avoir quand les gens ont joué le jeu, mais comme une fois sur deux ça foire... C'est assez décourageant...*

D'autres médecins disent coopérer avec le centre, le considérant comme un avantage, et qu'il serait difficile de s'en passer pour proposer une prise en charge dans des conditions satisfaisantes. Un médecin évoque des retours de courriers il y a quelques années, contrairement aux autres.

MG 7 : *Oui on a des retours, on a un courrier, assez rapide en général. De ce genre de chose. Sur les quelques-uns, que j'ai envoyé il y a quelques années, en général, on avait un retour écrit.*

MG 11 : *Je ne me sens pas de les suivre seule, ces enfants dont je vous parle, la jeune fille elle est suivie par un psychologue, et est toujours suivie par Agora, et le jeune homme en question est toujours suivi par le psy sur Agora. Moi je me sens pas capable de faire une substitution toute seule là comme ça et de plus jamais les renvoyer chez le psy.*

MG 2 : *Les personnes que je vois régulièrement et qui par exemple ont un suivi par Agora aussi, ça va. Mais les personnes qui veulent faire n'importe quoi, au bout d'un certain temps, moi je casse le contrat et c'est terminé il vont voir... Ailleurs.*

MG 12 : *(...) au début, j'ai dit à sa mère « Faut qu'il aille à Agora, faut qu'il discute du problème de drogues avec eux » je lui ai dit « Écoute, c'est un domaine que je connais pas beaucoup, donc je vais le dépanner, je vais le soigner, je vais le prendre en main, mais j'aimerais bien qu'il aille discuter avec des gens spécialisés, de son problème », voilà. Et il y est allé. Il y est allé. (...) je reconnais qu'il n'y a pas de retours.*

MG 8 : *(...) le jeune je l'avais renvoyé sur Agora, mais il y avait une volonté donc... Agora l'a repris en charge, et je sais qu'il va à Agora régulièrement, enfin, qu'il est suivi. Mais, de ce fait là, je le gère pratiquement pas. Je le vois pas parce qu'il est pas malade de toute façon... il est pas malade (...) j'ai des retours avec sa famille, comme quoi, ça se passe bien, mais j'ai pas de retour de... J'ai des retours de la famille. Comme quoi il se gère.*

Un médecin, celui qui suit le plus de patient dans l'échantillon interrogé, dit avoir des contacts téléphoniques avec le centre, et est identifié comme un interlocuteur privilégié, notamment dans les cas de relais de traitement de substitution par méthadone en ville.

MG 5 : *Oui oui ils me téléphonent, quand il sort quelqu'un de chez eux avec de la méthadone, ils me disent « est ce que vous voulez le suivre, etc », donc ça se passe dans les deux sens, ils savent que j'accepte les toxicomanes, donc ils me proposent.*

Ce même médecin considère la distance avec le CSST comme un désavantage par rapport aux prises en charge, du fait qu'il lui est impossible de réaliser des primo prescriptions de méthadone, ni même des relais de la forme sirop aux gélules :

MG 5 : *Bon vous savez que nous médecins généralistes, on ne peut pas prescrire de la méthadone, et si vous triez grosso modo la façon de traiter les gens, les sniffeurs, c'est plutôt le subutex, et les injecteurs, c'est plutôt la méthadone. Or la méthadone, nous on ne peut pas la donner, donc il faut qu'ils aillent à Agora, c'est à Angoulême, tous les jours. Donc ça fait 40 km, aller retour 80, avec les frais qui s'y attachent. On ne peut même pas passer de la méthadone en sirop, à la méthadone en gélules nous. Ce qui est quand même un petit peu sot... Bon c'est comme ça c'est comme ça....(...) Je leur dis « faut passer par Agora parce que moi je ne peux pas vous prescrire ». Mais il y en a un qui m'a roulé, qui est allé voir un autre médecin, et qui est arrivé avec de la méthadone, je savais qu'il avait pas respecté le passage par Agora, je lui ai dit « bon ben puisque maintenant vous êtes sous méthadone depuis trois mois, ben on va pas vous l'arrêter », il a violé un peu le parcours (...)*

Un autre médecin évoque un patient traité par méthadone, et qui n'est plus suivi dans un CSST du fait de la distance.

MG 4 : *un autre qui arrive dans la région là, qui vient d'emménager, et il était suivi par un centre aussi. C'était à Dijon, il était suivi par un centre et comme là, du coup, va pas de centre, et qu'il habite dans la ville là, donc voilà.*

Par contre, un autre médecin qui considère que la coopération avec le CSST est indispensable pour toute première prescription, cette notion de distance apparaît comme un faux prétexte :

MG 11 : *Alors, jamais l'instauration, puisqu'au départ il faut que ce soit prescrit par un médecin spécialiste, donc en fait, nous, en fait les deux patients que j'ai étaient suivis à Agora (...) même si c'est pas la porte à coté, moi j'ai envie de dire, quand on est motivé, quand on veut s'en sortir, on fait 40 ou 50km, c'est aussi une question de*

motivation. Celui qui vous dit « je peux pas y aller, c'est trop loin » ou « j'ai pas d'argent pour y aller », il a de l'argent pour se payer de la drogue, donc, c'est pas une raison valable.

Pour finir, un des médecins interrogés ne semble pas du tout adhérer à la finalité de ces structures, se montrant même hostile. Bien qu'il ne semble pas trop identifier les structures en question, il semble important d'évoquer son point de vue ici :

MG 6 : *Si certaines (...) institutions, étaient payées au prorata de leurs très bonnes performances, on les arrêterait net (...) Mais ya des gens qui s'en foutent. (...) Alors c'est : « J'ai, potentiellement quelqu'un à vous conseiller, à vous confier ». Alors là, c'est... Open bar hein ? C'est à dire que... « oui oui tac tac t'as qu'a l'envoyer etc. ». Mais une fois qu'ils y sont, (claquement de doigt) que dalle ! Demandez à Mikado¹⁷ la consommation de papier à entête qu'ils font dans l'année, je serais étonné de savoir quel est leur tonnage. (...) C'est leur petit monde à eux, qui de toute façon, à la limite est très pernicieux, parce qu'ils ne peuvent vivre que s'il y a des malades. Je vais me faire des ennemis moi...*

3 – Relatives à l'approche du patient

Nous avons pu constater que plus de la moitié des médecins interrogés déclarent suivre entre 2 et 5 patients, pour leur traitement de substitution. Au décours des entretiens, il apparaît clairement que ces patients sont en grande majorité des patients qu'ils connaissent depuis de nombreuses années, pour les avoir suivis depuis l'enfance, ainsi que les membres de leur famille.

¹⁷ Mikado est le nom d'un service de psychiatrie pour adolescent de l'agglomération d'Angoulême.

MG 1 : (...) c'est des gamins que je connais depuis qu'ils sont tout petits (...) mais ceux-là je me les gère, parce qu'ils me connaissent parfaitement, je les connais parfaitement, je peux leur dire ce que je pense et ils peuvent me dire leur ressenti.

MG 7 : Peut-être un peu moins quand c'est des patients qu'on connaît pour autre chose ou qu'on a connu plus jeune, qui tombent dans l'addiction et qui ensuite ont besoin de s'en sortir, peut-être qu'eux on fait plus facilement confiance.

MG 10 : (...) une jeune femme que j'ai soignée quand elle était gamine, qui est revenue me voir pour que je l'aide un petit peu, mais bon, très peu.

MG 9 : J'avais été confronté à un patient, que je connaissais petit c'est la famille qui m'avait appelé parce que ça n'allait pas, là je l'ai assumé, avec plaisir, enfin de bon cœur, mais bon, après quand c'est des gens qui errent et tout ça c'est vrai que je suis moins, je suis moins branché dessus, je suis un petit peu... bon on n'est pas là pour juger. A priori on accepte mais après c'est vrai qu'à force de se faire rouler dans la farine, on a des réactions un petit peu de rejet aussi hein ?

MG 11 : (...) les deux patients que j'ai ce sont deux enfants de patients qu'on suit depuis longtemps, ce sont deux gamins que je connais depuis longtemps, deux gamins qui ont des histoires difficiles, qui sont des gamins adorables par ailleurs.

On peut constater que ces cas sont évoqués non sans une certaine sympathie. En opposition à ces représentations de cas familiers, d'autres médecins, qui déclarent ne pas faire de suivi, évoquent ces patients de manière plus péjorative :

MG 10 : Aucun drogué connu suivi.

MG 6 : (...) La connerie du monde, la connerie de l'individu, le non intérêt de l'individu, l'individu limace, parce qu'en définitive il gère sa merde (pas sûr du terme utilisé, très marmonné)... Non mais attendez, ils sont pris en charge (ton faussement amusé)... (...) Ce sont des foireux, tous.

Mis à part ces considérations qui contrastent avec le discours des autres médecins interrogés, certains mettent un point d'honneur à préciser dans leurs propos qu'ils ne différencient pas ces patients du reste de leur patientèle.

MG 7 : *Moi je les considère plutôt comme des malades, souvent des victimes (...)*

MG 4 : *(...) je leur proposerais le centre, à Angoulême. Parce que pour nous c'est plus Angoulême quand même, même si c'est difficile (...) ou après je leur demanderais d'aller voir un autre confrère. Voilà si je me sens pas à l'aise avec le patient voilà, mais ça c'est pas parce que c'est un toxico, c'est comme tous les jours, quoi. C'est n'importe qui. (...) après je pense que si la personne était agressive avec moi ben peut être que je dirais que c'est plus possible, mais comme tout patient, c'est pas que ces patients-là.*

MG 5 : *(...) ce que n'aiment pas mes collègues, ce qu'ils disent en général, c'est « Ils sont menteurs, ils font n'importe quoi etc... » c'est ça qu'ils leur reprochent. Ils sont menteurs. Mais, ya des tas de patients qui sont menteurs.*

Cependant, au travers de leurs expériences personnelles, la plupart des médecins interrogés évoquent un certain désabusement, relatif au comportement de ces patients, qu'ils estiment, en général, manipulateur.

MG 9 : *(...) je ne refuserais pas, a priori, une prise en charge, mais quand le qars essaye de me flouer ou revient tous les quinze jour parce que la boîte est tombée dans l'évier, les cabinets, ou qu'il l'a oubliée chez un copain, ça va, quoi. C'est bon ! Enfin quand on sent qu'on est pris pour des idiots.*

MG 1 : *(...) j'avoue que je suis un petit peu déçu quand même par les comportements de ces gens-là (...) on a souvent l'impression parce qu'ils sont très... Il savent y faire (...) ils vous racontent des conneries (...) Les rare fois où ça s'est mal passé c'est quand il y a eu des violences au niveau du secrétariat, où c'est elle qui trinque. Et là dans ces cas-là, on gicle.*

MG 2 : *Ça peut être des personnes qui sont difficiles et des fois qui sont... pénibles. (...) on doit venir régulièrement, à respecter les horaires, à respecter les jours de consultation et les horaires car c'est des personnes souvent qui respectent rien du tout. Donc à ce moment-là moi je suis pas d'accord, et c'est chacun de son côté.*

MG 6 : *(...) ils sont capables de vous foutre n'importe quelle saloperie dans la bouffe pour pouvoir vous assoupir à table et piquer la bagnole. (Rigole....) Ce sont des monstres.*

MG 8 : *Ça pose des problèmes d'agressivité parce que le rendez-vous il est pas tout de suite, Ya même une fois où il nous avait piqué des posters dans la salle d'attente, parce qu'il les trouvait beaux, on lui a dit que c'était pas la peine qu'il revienne, quoi. (...) Ça pose problème. Ça pose problème, effectivement, parce qu'on a beaucoup d'enfants, et Ça pose problème. Problème de comportement, problème de.. oui de... d'attitude, et j'avoue que je suis assez ferme, s'il y en a j'essaye de les isoler par rapport aux autres, pour protéger les gamins. Sur ceux qu'on n'arrive pas à gérer.*

MG 12 : *C'est pareil, ils sont toujours un petit peu limites, parce qu'à partir d'un moment, ils considèrent que pratiquement c'est un dû, et puis, ouais, pourquoi s'emmerder à faire la queue chez le docteur.*

Néanmoins, d'autres relativisent ces comportements de manipulation, concédant même à rentrer dans leur jeu. Ils ne mettent pas forcément en avant un sentiment de déception, mais disent volontiers que la manipulation peut se faire dans les deux sens

MG 10 : *D'une manière générale, je pense qu'il ne faut surtout pas penser qu'on va établir une relation de confiance. Je les écoute, ou je leur donne l'impression, mais je suis comme eux, c'est à dire que je ne crois absolument pas ce qu'ils me disent. Je ne crois pas du tout à la vérité du côté des drogués, tant qu'ils sont pas en substitution,*

tant qu'ils sont pas... J'y crois absolument pas. Par principe ils mentent, et ça s'est pour l'instant toujours avéré vrai.

MG 3 : Je pense qu'on est dans le maquillage tout le temps... Ils nous racontent ce qu'ils veulent et nous on raconte aussi nous du moment qu'on a le... qu'ils arrivent à l'heure, on se dit c'est déjà pas mal... Quand ils perdent pas trop de poids ça va... Euuuuuh.. Voilà.

MG 5 : Bon, je sais qu'on se fait rouler hein ? Ya pas de mystère hein ? Faut savoir l'accepter, bon, ils sont un peu menteurs, parfois, nous aussi les médecins parfois on est menteurs.

MG 7 : (...) d'une manière générale on a un peu une suspicion vis à vis de ce type de patient. Et eux... Ils savent qu'on sait que quelque part ils vont essayer de nous avoir d'une manière ou d'une autre. Et donc, c'est difficile d'instaurer un climat de confiance.

Pour terminer, nous pourrions citer le point de vue du médecin qui a le plus de patients dans sa file active, qui considère que la majorité de ses patients sont normalement sociabilisés au bénéfice de leur traitement.

MG 5 : C'est pas du quart monde hein ? Sauf un ou deux, mais la plupart sont des gens qui travaillent, qui sont sociabilisés, grâce au traitement. C'est un des gros avantages du traitement, c'est que ça leur permet de travailler et de ne pas se ruiner, enfin, de dépenser tout leur argent avec le produit originel (...)

4 – Relatives à la perception du produit

Un des médecins a une approche un peu confuse, ne considérant pas le médicament comme faisant partie de la classe des opiacés :

MG 1 : (...) j'ai des toxicomanes qui sont sous Subutex, ces toxicomanes, pour moi ils n'ont pas d'opiacés, ils n'ont plus de traitement opiacé, ils n'ont que leur Subutex.

D'une manière générale, lorsque les médecins interrogés évoquent les médicaments de substitution, ceux-ci ont tendance à considérer ce produit comme une drogue légale plutôt qu'un traitement.

MG 5 : C'est vrai qu'au début ça fait un peu dealer. Bon, j'ai commencé avec 1, et puis ça ne se passe pas trop mal, puis 2, puis 3 mais bon, après tout. Moi, je les considère comme des malades hein ? Je les considère pas comme des voyous.

MG 6 : Un comprimé par jour sur 30 jours ça fait 30 comprimés ça n'en fait pas 15. Je ne suis pas là pour avaliser l'absorption de Subutex ou autre produit, je suis là pour compenser la connerie, par un produit de substitution, et de leur fournir ce produit de substitution.

MG 9 : (...) la substitution c'est de la drogue légale hein ? C'est pas un traitement curatif hein ? On le sait, c'est long, c'est pas facile.

MG 10 : Ben je pense que c'est pas une substitution, que c'est carrément une drogue hein ? Qu'il vient chercher sa dose en plus (...) Parce qu'on reçoit des courriers de temps en temps (...) je crois que c'est la DDASS ou un truc comme ça, qui nous dit "Attention, actuellement il circule un ou deux personnages qui vont prendre des ordonnances à droite et à gauche"

MG 12 : (...) en général je prescris pour 15 jours, c'est pas pour gagner 23€ de plus je m'en fous, mais j'estime que, j'ai pas envie de donner 1 mois de drogue d'un coup, un mois de substitution d'un coup.

Lorsque sont évoqués les cas de possible revente des médicaments prescrits, certains médecins estiment que c'est une limite rédhibitoire à la prise en charge des patients de manière catégorique :

MG 2 : (...) si je m'aperçois qu'ils s'en servent pour faire du trafic ou autre chose, là le contrat est totalement rompu. (...) Quand c'est fait dans des buts commerciaux ou pour aller voir 36 médecins, quand je m'aperçois de ça, ça ne marche pas.

MG 6 : (...) j'ai des confrères très très laxistes qui ferment les yeux sur la quantité de produit qu'ils ont donné. Pas moi. (...) Ce n'est pas une question de, de prendre du Subutex pour pouvoir le revendre sur le marché noir.

D'autres médecins ont un discours plus modéré, concédant même qu'il puisse y avoir des cas de revente parmi leurs patients, mais estimant qu'il n'est pas de leur rôle de vérifier l'absence de revente, d'une part parce qu'ils estiment cela difficile, mais aussi craignant d'altérer la relation qu'ils ont avec eux :

MG 3 : (...) est ce qu'ils le vendent, ou qu'ils... J'en suis persuadé, maintenant euh.. Pff.. Voilà. Je sais aussi que si je vais trop à fond... si je les tyrannise, ils viennent plus. Mais ceci dit c'est un truc de longue haleine quoi. On n'est pas là pour... A mon avis ils s'épuiseront avant nous. Soit ils s'en iront, soit ils s'épuiseront avant nous (...)

MG 12 : Bon, les deux dont je parle dont je suis persuadé qu'il en font le commerce et qui l'utilisent pas pour leur usage personnel... je sais pas par quel bout prendre le truc, quoi. Parce que si jamais je fais une cassure en disant « Bon allé, on va faire une prise de sang, là, on va doser voir un petit peu », d'abord ils sont peut être capables d'en reprendre pour que l'analyse de sang soit positive, et puis je voudrais pas qu'ils re-sombrent dedans parce que, démasqués, coincés... bon. C'est pas facile. (...) Si vous voulez on n'est pas flics. D'abord il faut pas qu'on apparaisse comme des flics. C'est pas notre rôle, nous avons notre métier, hein ? Et donc on est aussi là pour calmer la douleur humaine si j'ose dire, donc faut pas non plus apparaître comme un flic. Bon, si le mec triche, c'est plus mon problème, c'est le problème de la pharmacie centrale, à

la caisse d'alerter de dire « attendez, là, on a eu des remboursements de drogue, on a eu 4 fois une ordonnance d'une semaine dans la semaine... », c'est à eux d'alerter.

MG 5 : *Pfff, oui, bon, celui dont je vous parlais, je pense que parfois il doit en revendre peut être un peu. Bon, c'est difficile de savoir hein ? C'est difficile, vous savez, honnêtement, des fois je me dis « oui mais... Bon... »... Comment le savoir hein ? Ya pas moyen de savoir, je vais pas les priver sous prétexte que je me demande s'ils les revendent pas. D'après les statistiques, 30% qui est dévié, soit revendu, soit injecté, soit sniffé.*

5 – Relatives à la perception de l'efficacité de la prise en charge :

La plupart des médecins interrogés abordent l'efficacité de leurs prises en charges avec un sentiment de réserves, du fait du comportement de leurs patients de manière générale, des poly-consommations, ou du manque de coordination avec les structures spécialisées :

MG 2 : *Et j'ai eu d'excellents résultats avec des personnes, sérieuses, mais ceux qui veulent faire n'importe quoi, non.*

MG 11 : *J'ai l'impression que, sur les deux patients que je suis, y'en a un qui je pense va pouvoir s'en sortir, et l'autre ne s'en sortira pas, quoi. Et je me trouve complètement démunie et j'ai pas beaucoup de réponses à apporter et... Voilà.*

MG 1 : *C'est quand même pire qu'avec les alcooliques, car les alcooliques on y arrive quand même des fois en s'aidant parce qu'il y a des structures qui marchent pas mal. Mais... On connaît moins bien quand même, remarquez, les structures pour les toxicos.*

MG 4 : (...) dans ce milieu, il y a beaucoup l'alcoolisme et c'est parfois lié, enfin sur les trois j'en ai qu'un qui est aussi alcoolique. Donc en fait quand ils consomment pas, c'est qu'ils consomment de l'alcool, ces cas c'est compliqué aussi, à gérer quoi.

Concernant la comparaison avec la prise en charge des patients alcoolo dépendants, les avis sont partagés. De même, certains, malgré la déception évoquée, relativisent le fait qu'ils aient du mal à contrôler le sevrage des traitements, par le fait que leurs patients soient mieux insérés dans la société.

MG 5 : Moi j'ai beau leur dire que les alcooliques c'est pareil, c'est parfois pire, dans l'état, des alcooliques on les voit parfois pires que des héroïnomanes, les tabagiques... mais bon le tabac... enfin bref... Mais bon. Ils ont du mal à accepter de se faire rouler. Parce que bon, faut bien accepter que 30% de nos prescriptions sont un petit peu déviées, c'est une moyenne, 20 à 30. Mais bon, le gain sur ceux qui jouent bien le jeu, fait que, ceux qui le jouent pas... ben tant pis. Faut pas, sous le prétexte qu'il y a des brebis galeuses entre guillemets, ne pas traiter les autres.

MG 12 : Je pense quand même que les substitutions que l'ont fait, ont été un plus pour les gens tout du moins, qui sont dans le rail. Même si on est déçu parce qu'on n'arrive pas, au bout d'un an, un an et demi, à les sevrer complètement, au moins, ceux-là, ils sont rentrés dans le rail, ils sont socialement insérés, et cætera donc ça c'est bien. (...) ce que je peux regretter, dans la prescription, c'est qu'on n'est absolument pas préparés à ça. Absolument pas. Ça nous est tombé dessus, surtout les gens de mon âge, quoi. Ça nous est tombé dessus, et on intègre mal le truc. Alors, effectivement, on essaye d'être raisonnés en disant « Bon, attendez, on vous donne la possibilité de substituer, pour qu'à terme, vous puissiez arrêter, quoi. » - « Ah ouais ouais ouais, mais là si j'essaye d'arrêter, ça va pas... » enfin, et cetera, donc, on a beaucoup de mal.

Ce dernier médecin illustre bien le sentiment d'impuissance que beaucoup peuvent ressentir concernant la décroissance de la dose des médicaments de substitution. De même, il admet que cette décroissance est en général une satisfaction pour le prescripteur, en l'illustrant par un exemple concret :

MG 12 : (...) un garçon qui est venu avec sa maman, que j'ai connu tout petit, la mère a découvert qu'effectivement il avait des mauvaises habitudes, et donc on a institué. Et là ça fait 4 mois, on est déjà à la moitié de la dose de ce qu'il prenait au départ. Donc là je suis content du cheminement parce que ça correspond à ce qu'on attend de nous, hein ? De ce que nous on attend des toxicos.

Cependant, les pratiques peuvent varier considérablement d'un médecin à l'autre, en fonction de la trajectoire du patient, d'autres ne se fixent pas des objectifs de diminution de dose en priorité, mais de stabilisation de la situation sociale et professionnelle :

MG 5 : (...) ils économisent le Subutex, je vois les patients qui disent « j'veux diminuer j'veux diminuer » je leur dis « Mais non le but n'est pas de diminuer, le but c'est d'être bien substitué, de se maintenir, d'avoir une vie sociale, du boulot, et ensuite on voit, ya pas d'urgence », surtout que l'arrêt est une autre paire de manches. Voilà moi je leur explique « je ne suis pas là pour vous rationner en Subutex , je suis là pour vos donner la bonne dose, je suis pas là non plus pour vous en mettre des tonnes... », mais je n'hésite pas à augmenter, si je vois qu'ils ont tendance à reprendre de l'héroïne, parce qu'ils sont mal substitués tout simplement.

D'une manière générale, les cas de mésusage de médicaments de substitution à l'héroïne n'ont pas été évoqués spontanément par les interlocuteurs, cependant, la question était posée en rappel durant l'entretien pour préciser leur positionnement face à ces pratiques. Certains médecins ne semblent pas aborder cela avec leurs patients :

MG 3 : Euh, je peux pas le savoir ça.

MG 8 : Euh... J'en fais pas assez pour voir ça.

Deux médecins y sont attentifs et apparaissent peu tolérants vis-à-vis de ce genre de pratiques, les considérant comme condition rédhibitoire à la poursuite de la prise en charge :

MG 2 : (...) *ça ne se cache pas ça se voit. Donc si je les examine je le vois. (...) Ceux qui respectent, qui respectent les trucs, ils ne le font pas. Ceux qui ne respectent pas et que je ne vois plus le font, oui.*

MG 6 : *C'est des conneries monumentales, c'est rédhibitoire aussi. Le problème c'est que, ils sont même pas capables de marcher les yeux fermés sur une dalle, en bordure de toit parce qu'ils auraient la trouille, et quand on leur dit ce qu'ils sont en train de se faire ils n'en ont rien à foutre. Mais ils n'en ont rien à foutre !*

D'autres médecins se montrent plus tolérants, il arrive que ce soit les patients qui l'évoquent spontanément à plus ou moins long terme. Mais bien que tolérées dans une moindre mesure, ils évoquent une certaine lassitude en constatant ces pratiques ; ne pouvant pas nécessairement apporter une réponse simple à la gestion de ce type de comportement :

MG 5 : *Avec certains, j'ai des doutes. Je leur en parle, ils me disent « non non docteur etc. ... ». Y'en a où je sais qu'ils sont réglos ? Encore que y'en a un qui m'a dit un jour « Ben, ça faisait 3 ans que je me l'injectais, je vous l'ai jamais dit. »... Et là je me suis dit « Tiens merde... »...*

MG 11 : *(..) quand elle me dit qu'après, le Subutex, (...) elle a pu l'écraser ou le sniffer, ben, je lui explique qu'il faut pas. Mais qu'est ce que vous voulez que je fasse, c'est fait, c'est fait. Mais il n'en reste pas moins que cette jeune fille est dans un état de détresse lamentable, et que je peux pas lui dire « Non, moi, à ce moment-là, je peux plus te soigner », c'est... Qu'est- ce qu'elle va faire ? Donc... Pfff... On fait au mieux. (...) en même temps je soigne leurs parents, ses sœurs en l'occurrence, donc je peux pas lui dire « ben écoute, moi maintenant... va te faire soigner ailleurs », elle est vraiment pas bien cette gamine-là.*

MG 9 : (...) on peut leur expliquer quand même, on peut enfoncer le clou, quoi. Et puis faut tolérer, même quelques rechutes parfois, bon faut être un peu tolérant. Mais bon, dans la mesure où, à force de rabâcher les choses on n'arrive à rien, ça lasse aussi, hein ? A ce moment-là je les renvoie sur Agora ou un truc comme ça. Je suis pas non plus forcément compétent à fond (...) enfin ils résolvent pas non plus le problème d'un claquement de doigt hein ?

Les défauts d'observance, tels que les fractionnements de dose, peuvent aussi être considérés comme une certaine forme de mésusage, ils ont été évoqués par un seul médecin qui considère à juste titre que leur correction est une condition au bon suivi du traitement :

MG 5 : Et vérifier qu'ils prennent bien ça en une fois, parce que souvent ils fractionnent, comme les prises d'héroïnes. «Non, non, ça il faut absolument que vous le preniez en une fois, parce que vous atteindrez le taux sanguin suffisant de substitution, sinon vous allez être toujours dessous et vous serez mal substitué ».

6 – Évocation de la situation locale et Perception intra-professionnelle : « Ceux qui font »

La situation du secteur géographique étudié est particulière en ce qui concerne la gestion des patients suivis dans le cadre d'une substitution à l'héroïne. Elle nous a été évoquée dès le premier entretien, avant la période d'enregistrement de ce dernier. Ce médecin nous a renseignés sur une situation remarquable qui remonte à environ deux ans. À savoir, un médecin voyait à lui seul un nombre important de patients demandeurs, et se serait laissé déborder par cette activité. Selon ses dires, ce médecin aurait été contraint par la CPAM de dévisser sa plaque, et travaillerait dorénavant dans le secteur public dans une autre ville. Du jour au lendemain, un certain nombre de patients ont dû solliciter les autres médecins de la ville pour continuer leur suivi, et la répartition se serait faite naturellement vers les quelques médecins les moins réfractaires à accepter de suivre ces patients.

La situation était délicate à aborder de manière directe lors des entretiens ultérieurs, mais les médecins interrogés ont souvent évoqué cette situation. Au travers des éléments de leur discours, nous pouvons nous faire une idée plus précise concernant les difficultés de cette répartition à l'heure actuelle, les représentations que se font les médecins réfractaires à ces prises en charges concernant ceux qui les acceptent, ainsi que les craintes évoquées par les médecins concernés.

Cette situation initiale a été confirmée lors d'un entretien. Selon ce médecin interrogé, l'origine des difficultés de ce praticien serait en rapport avec une rupture de lien avec le réseau et donc le CSST :

MG 8 : (...) *alors en fait, quand on est arrivé en 98, globalement il y avait un réseau puis il y avait un médecin référent, comme c'était à l'époque. C'est à dire que le réseau travaillait essentiellement avec le médecin référent. Ce médecin référent en fait pour des raisons professionnelles euh... familiales, il a déménagé, il s'est mis dans un autre quartier, et là du coup en fait il a eu beaucoup plus d'affluence, et donc je pense qu'après il était complètement euh... Il était pas trop en lien avec le réseau, il était autonome. (...) Il se trouve que lui, il a eu pas mal de problèmes avec la sécu, on lui a dit... « problème », donc de ce fait là, lui il a dévissé sa plaque (...)*

Un autre médecin l'évoque aussi mais de manière plus empathique, émettant l'hypothèse d'une situation qui aurait été générée par la forte demande à laquelle il a dû faire face, il se serait donc laissé envahir par cette catégorie de patients, ce qui aurait eu l'effet d'un véritable piège :

MG 12 : (...) *comme était ce confrère au départ, d'ailleurs je pense, ce confrère a quitté l'exercice libéral dans des conditions un peu particulières et je pense que c'est énormément lié à ça. Lié à ce type d'activité, dans lequel il s'était sûrement beaucoup trop investi, enfin bon, même... des choses que je peux pas vous dire, parce que en plus je suis [REDACTED] donc euh... Je veux dire que... voilà, il est*

tombé dans le danger, vous savez, l'histoire du qars de Lyon, là (rires)¹⁸, le commissaire de police, ben flic ou voyou, tu sais plus, bon voilà. Je pense que notre confrère s'est fait piéger dans cette situation parce qu'il en voyait trop. Et il y a jamais touché, c'est pas ce que je veux dire, hein ? Mais, un peu compromis dans tout ce milieu là, parce que, ben voilà, il était envahi par eux, quoi.

Face à cette situation, la majorité des patients concernés se seraient tournés vers un autre médecin, est évoqué ici le terme d'organisation non officielle, avec un nouveau médecin identifié qui aurait pris le relais. Le médecin interrogé précise que c'est organisé comme cela, et qu'une demande de prescription de MSO à son cabinet serait orientée vers ce médecin-là, sinon vers le service des urgences de l'hôpital.

MG 8 : *(...) en fait en général je bosse avec Agora, enfin j'essaye de leur mettre, d'abord en évaluation, en en fait après, je suis si besoin, ce que donne Agora. Mais vu l'organisation Coognaçaise, ça c'est complètement shunté ça, parce que maintenant ça va directement sur les médecins qui s'en occupent. Alors en fait, le médecin qui s'en occupait a déménagé, il s'est réinstallé dans une zone à Cognac, et au bout de deux ans il est parti, et donc en fait, toute cette patientèle a été récupérée a priori par un autre médecin du centre-ville. Donc en fait, nous quand on a maintenant un renouvellement d'ordonnance, on les envoie là-bas. Ou aux urgences. Parce qu'en fait c'est un fonctionnement sur Cognac qui a été organisé comme ça. Non officiel, mais qui est organisé.*

Cependant, il semblerait que ce deuxième médecin qui avait pris le relais de la majorité des suivis, soit parti en retraite deux mois avant la période des entretiens. Les patients qui avaient poursuivi leur traitement avec ce médecin-là ont dû de nouveau rechercher un médecin.

MG 12 : *Et alors depuis le départ de ces deux confrères, moins le premier dont vous avez entendu parler, mais plus la deuxième personne qui est une dame qui vient*

¹⁸ En référence à Michel Neyret, ancien directeur-adjoint à la direction inter-régionale de la police judiciaire de Lyon, mis en examen dans une affaire de corruption à l'automne 2011.

d'arrêter en avril, et qui était la plus proche de moi, qui était vers le quartier de [REDACTED] en gros là-bas. Qui a arrêté, donc, on voit avec effarement qu'il y en a beaucoup qui allaient chez elle, et donc on récupère un petit peu des gens, bon... Faut les dépanner. Franchement c'était pas, c'était pas une pathologie, enfin une pathologie... une médecine après laquelle je courrais.

En ce qui concerne les autres médecins de l'échantillon, certains s'accordent à présenter cette distribution inégale des patients, comme étant la conséquence de la souplesse de certains prescripteurs, qui leurs poseraient moins de contraintes et seraient plus avenants. De ce fait, le recrutement de patients se ferait par simple bouche à oreille :

MG 9 : C'est curieux parce que un médecin qui se met à faire de la substitution, wouah, sa clientèle augmente d'un coup. Il y a une espèce de traînée de poudre qui fait que... faut aller là parce qu'il y a pas de souci. Moi je suis un peu plus raide, donc...

MG 4 : Ya des médecins sur Cognac qui sont euh... Enfin les patients le savent, quoi. Donc ils vont directement vers eux, ils se le disent entre eux et donc, ils se forment un réseau entre eux, ils savent où il faut aller demander.

MG 8 : (...) je pense que comme les toxicos savent que le médecin qui a pris le truc maintenant, il est souple, ils viennent pas nous voir alors que nous on est un peu rigides.

MG 1 : (...) depuis un an ou deux on n'en a plus tellement ça parce qu'effectivement ils vont chez un médecin qui les reçoit, et puis ils se donnent le mot en général, ils le connaissent le gars, et puis ça nous arrange tous, je peux vous dire, franchement. (rire)

Comme on vient de le voir, le fait que les patients se tournent vers certains médecins pour leur suivi ne semble pas poser de problème à ceux qui se montrent plus réticents.

Quelques-uns évoquent dans leur discours un souci de réputation, d'image qui pourrait être écornée, vis-à-vis de leur clientèle habituelle :

MG 12 : (...) effectivement, les confrères n'ont sûrement pas envie de s'entendre étiqueter.. « Ah oui oui allez voir Machin, là, allez voir Dupont, parce que lui il connaît bien ça... » et cætera, sans même le charger, sans dire « Il voit tous les toxicomanes » mais « Il connaît bien ça ».

MG 7 : Un type qu'arrive, ou une nana, juste pour ça, on se dit « tient pourquoi il vient me voir », alors que, j'ai pas cette étiquette, quelque part.

MG 8 : Donc nous, on récupère par exemple des familles, qui quittent leur ancien médecin alors qu'il avait plus de quarante ans d'installation sur Cognac, parce que, ils aiment pas être dans la salle d'attente en même temps que les gens qui viennent chercher leur Subutex.

D'autres n'hésitent pas à évoquer les médecins prescripteurs de MSO de manière péjorative. Que ce soit en raison trop de souplesse dans les prises en charges, ou simplement pour des raisons opportunistes :

MG 12 : (...) je vous parle de ce confrère qui est parti, pour toute la confraternité de Cognac, c'était le dealer. Enfin, le dealer... on l'appelait pas le dealer, mais, en fait, d'ailleurs, je vous le cache pas, moi personnellement, je ne l'ai pas fait, mais un certain nombre de confrères disaient aux gens « aah mais attendez pour ça, vous allez voir le Dr Machin là-haut », oui oui, ils les envoyaient même chez lui hein ?

MG 11 : Après, moi j'en ai discuté pas mal avec des confrères qui m'ont dit qu'ils refusaient systématiquement de prescrire, que j'étais... Bon des confrères plus âgés hein ? Qui m'ont dit que j'étais innocente, qu'on pouvait pas leur faire confiance et

cætera, bon je leur ai dit « moi c'est deux petits patients que je suis » ils m'ont dit « ben c'est justement là que tu vas te faire avoir », donc bon, je sais pas hein ?

MG 8 : *(...) cette patientèle là a été récupérée par un autre médecin, actuellement, qui en fait son... son business, quoi.*

MG 6 : *Je n'ai pas besoin de statistiques positives pour que mon association continue à recevoir des subsides. C'est un discours à deux sens.*

Enfin, les médecins qui s'impliquent le plus dans ces prises en charges parmi le panel interrogé, semblent soucieux du regard que porte sur eux le reste de la profession, et ne voudraient pas que le reste de leur activité de médecin généraliste en subisse les conséquences :

MG 2 : *Je ne veux pas faire que ça.*

MG 5 : *Je vous avais expliqué le cas de mon collègue, qui était un gros prescripteur de substitutifs et donc qui avait une grosse clientèle donc qui s'est répartie chez les autres médecins. Bon, tout en sachant que moi, j'ai la réputation de les accepter. Donc forcément ça en attire un peu plus, ce qui forcément, euh... ne me réjouit pas... Forcément hein ? Puisque je ne veux pas me spécialiser dans le traitement des toxicomanes.*

MG 7 : *Même si ça va à l'encontre de nos idées reçues, ou de nos vieilles croyances « judéo-chrétiennes », il faut que nous, médecins dépassions un peu ça. Il faut les considérer comme des malades, pas comme des droqués. Je dis pas que forcément je suis prêt à les encadrer hein ? Mais je pense qu'il y a des gens qui peuvent être formés pour ça, et il y a certainement des choses à faire.*

MG 9 : *(...) je suis le médecin traitant. Et si quelqu'un venait me voir que pour ça (la substitution), je l'enverrai chez son médecin traitant ça me paraît logique.*

MG 12 : (...) *je pense que c'est monsieur [REDACTED] qui a dû en récupérer pas mal, c'est un copain, il m'a dit « Oh tu comprends, moi, [REDACTED] je la remplaçais, alors je récupère tout ça c'est pas un cadeau »*

7 – De la connaissance, la compréhension et l'adhésion aux principes et politiques de réduction des risques : Exemple de l'opinion au sujet des salles de consommation à moindre risque

En toute fin d'entretien, nous avons cherché à recueillir l'opinion des médecins concernant la polémique autour de la mise en place de salles de consommation à moindres risques en France. C'est une question qui ne concerne pas leur activité professionnelle en tant que telle. Cependant, elle peut apporter des éléments de compréhension concernant, tout d'abord, un certain intérêt se rapportant aux questions d'addictologie en général dans la société, mais également leur degré d'adhésion aux principes de réductions des risques actuels, pouvant concorder avec l'approche qu'ils ont de ces patients et de l'univers de la toxicomanie en général.

Cinq médecins de l'échantillon ne semblaient pas connaître (à savoir : MG 1, MG 6, MG 10, MG 11 et MG 12), ni même avoir entendu parler de cette problématique. Afin d'expliquer brièvement la situation, nous avons utilisé comme support documentaire, un article de la revue transversal (Annexe 3), qui évoque une certaine urgence sanitaire et est illustré par les résultats de certaines villes européennes et canadiennes qui expérimentent ce dispositif depuis quelques années.

Deux médecins, parmi ceux qui n'avaient a priori pas entendu parler de ces pistes de réflexion, ont manifesté leur désaccord avec ces pratiques proposées de réduction des risques. Ils l'expliquent chacun à leur manière.

MG 6 : *Que ce soit pas un marché de dupe, et que cette sécurisation, dans le secret, dans l'hygiène, etc... Soit une contrepartie pour, une substitution impérative, voire une cure de désintoxication complète. Les russes sont beaucoup plus incisifs... (...) En France ça devient la connerie monumentale ils ont qu'à aller se promener dans les pays du proche orient voir ce que ça donne.(...) Si c'est pour que des bénis oui-oui fassent du pseudo social en disant « on les aide » et que ça n'aboutisse à rien, je suis contre.*

MG 10 : *Euh je ne suis pas très pour tout ce qui facilite un usage. Tout ce qui facilite l'usage, je pense que, à long terme, ça ne fait que faciliter l'usage. Puisque c'est son indication. Même si ça limite la criminalité, ça ne limite pas l'usage des drogues, et l'usage des drogues, pour moi, est néfaste. C'est le problème essentiel de l'avenir, l'usage des drogues, et la permissivité de notre société n'est pas une bonne chose. Pour moi hein ? Après, chacun voit les choses comme il le pense.*

Un troisième médecin, au courant de cette polémique, exprime aussi un avis défavorable vis-à-vis de ces expérimentations, estimant que cela ne pourrait pas permettre d'instaurer des prises en charges des usagers. Paradoxalement, il s'agit d'un médecin qui déclare suivre une dizaine de patients en cours de substitution.

MG 2 : *Ah je suis tout à fait contre, totalement contre.(...) parce qu'il y a besoin d'avoir un suivi, il ya besoin d'y avoir une prise en charge et je pense que dans ces trucs-là, ya pas (...)*

Deux médecins émettent des réserves relatives au recrutement des consommateurs, jugeant que ceux qui sont les moins biens insérés dans la société pourraient ne pas faire la démarche de se rendre dans ces lieux dédiés.

MG 8 : *Sur des gros centres, des grosses zones, Bordeaux, des grosses villes, Lyon, Paris, ça peut être intéressant, mais le problème ça sera ... ça sera pas utilisé par ceux qui font n'importe quoi. Ceux qui font n'importe quoi ils continueront, donc, c'est pas*

forcément une bonne solution. C'est une piste de réflexion, mais c'est pas une solution.

A mon avis.

MG 11 : (...) on a fait un an d'internat aux Antilles, où il y avait énormément de crack, et où effectivement il y avait des troubles sur la voie publique, liés au crack. Alors maintenant, ça peut être une solution, mais est ce qu'ils iront forcément dans ces zones-là ? Je ne sais pas mais quand on est vraiment désocialisé, sorti de tout... Est-ce que... On le voit bien l'hiver avec le Samu Social, on propose aux SDF d'aller à l'abri, ils refusent. Est-ce que ces gens-là vont y aller ? Je sais pas, ça peut être tenté. Mais... à voir.

Les sept autres médecins semblent favorables à ce type d'expérimentations, ils mettent en avant la nécessité de la prise de contact avec ces populations en difficulté, pour l'essentiel, et l'amorce d'un dialogue qui pourrait être une prérogative à une prise en charge ultérieure.

MG 1 : (...) je pense que c'est une bonne idée, le problème c'est qu'il faudrait qu'il y en ait partout, à la rigueur même à Cognac il en faudrait un truc comme ça (...)

MG 3 : Je pense que quand ils vont là-dedans c'est vraiment la main forcée hein. C'est qu'ils ont vraiment aucune structure, à la limite, c'est pas vraiment un assistanat, c'est obligé de faire ça sur place, c'est pas du tout ce qu'ils recherchent, c'est pas mal.

MG 4 : Ah mais on aime ça la prévention des risques, plus on fera de la prévention, mieux ce sera parce qu'on est de la génération prévention. C'est la nouvelle philosophie médicale.

MG 5 : Moi ça ne me scandalise pas, des injecteurs il y en a moins quand même. Qu'ils fassent ça dans une salle, moi ça ne me dérange pas, alors qu'ils peuvent faire ça chez eux tranquillement. Mais ça ne me dérange pas.

MG 7 : (...) je suis totalement pour. Totalement pour ce genre de chose, c'est que je pense qu'il vaut mieux encadrer les toxicomanes, plutôt que de les laisser dans la nature, sous les ponts, faire n'importe quoi, balancer les aiguilles n'importe où, il vaut mieux qu'ils soient bien encadrés bien suivis parce qu'il y a quand même des pathologies autour de ça qui sont relativement compliquées, je pense qu'il vaut mieux qu'ils soient suivis, dans ce type de structure, avec un personnel formé, médecins, infirmiers, et aussi des psychologues... Ça peut être effectivement, de connaître ces gens-là, de les encadrer ça peut peut-être déboucher sur une prise en charge de l'addiction, beaucoup plus facilement que si on les laisse n'importe où.

MG 12 : (...) c'est une manière de contrôler, non pas sur le plan policier bien entendu, mais contrôler la consommation, contrôler les gens, éventuellement engager un dialogue... Voilà, faut pas que ça apparaisse comme les démasquer, mais ça permet effectivement de... ça peut instaurer un dialogue oui.

MG 9 : (...) si vous libérez ça, alors libérez le shit... Pourquoi pas, j'en sais rien, mais libérer la blanche ah non non, faut arrêter... Je suis contre parce que, le shit vous pouvez vous en passer mais l'héro, non, l'héro vous êtes accros en une ou deux prises, c'est la folie, quoi. Donc je serais plutôt contre. A priori. Maintenant qu'on fasse, effectivement, dans le cadre d'un suivi, ou aussi d'un recensement, des droqués actuels, et qu'on les permette d'aller se shooter pour moins cher dans des salles exprès, pourquoi pas. Parce que ça va faire de la délinquance en moins, ça sera peut-être pas mal aussi. Mais pour des gens qui sont déjà suivis, je veux dire. Vous voyez ? Mais pas pour tout le monde, quoi. Ça serait de la folie. (...) De toute façon je trouve quand même que c'est très cher payé, pour avoir une paix relative dans les banlieues, de tolérer cette économie souterraine, parce que, maintenant ya quand même des gars qui font des sorties de collèges. Il y a quand même notre jeunesse qui est un peu en danger. Et vu le climat actuel, c'est vrai qu'il y a beaucoup d'incertitudes, beaucoup d'angoisses, c'est vrai que les jeunes ont vite fait d'essayer hein ?

Nous noterons dans certains commentaires des approximations, concernant le mode de fonctionnement des salles de consommation à moindre risque ; notamment sur

l'approvisionnement des produits qui s'effectue toujours de manière illicite. Cependant nous rappellerons que la période des entretiens se situe avant l'été 2012, période durant laquelle ces questions avaient été moins débattues qu'elles ne l'ont été depuis. Toutefois, deux autres médecins ont spontanément émis un avis favorable à l'encadrement d'un usage légal de l'héroïne :

MG 1 : *Moi je me dis qu'à la limite il faudrait presque en arriver là, arriver à casser le marché, ça me paraît une voie à creuser.*

MG 5 : *En suisse ils prescrivent même l'héroïne, alors en plus, produit offert, ou acheté, mais bien dosé, propre, contrôlé. A des prix abordables sans doute. Bon c'est une solution qui fait bondir les gens hein ? Parce qu'ils s'imaginent que le gars dans la rue il passerait et se dirait « tiens un petit coup d'héroïne ça me ferait du bien »... Non, n'est pas toxicomane qui veut hein ?*

NB : les deux médecins les plus défavorables à ce dispositif ne connaissaient pas la question, et ne font pas de suivi. Un médecin qui en voit une dizaine connaissait le sujet mais se montrait aussi défavorable à ces dispositifs d'expérimentation.

DISCUSSION

I – Synthèse des résultats

Le groupe de médecins étudié apparaît assez hétérogène en rapport à la question du postulat de départ. Concernant les résistances à effectuer des prises en charge, on peut globalement les diviser en trois groupes distincts :

- Le premier groupe, est composé de médecins qui mettent en avant une surcharge d'activité et une activité de consultations réglée ne permettant pas d'accepter de nouveaux patients, quels qu'ils soient.
- Le deuxième groupe, restreint, est composé de médecins qui n'adhèrent pas, de principe, à la réduction des risques en général et aux traitements de substitution en particulier. Aussi, ils ont tendance à plutôt considérer les patients comme des déviants.
- Le troisième groupe se compose de médecins qui, même s'ils n'ont pas ou très peu de patients substitués dans leur file active, n'en voient pas plus car les patients ne se tournent pas vers eux spontanément.

Il faut retirer de cette classification deux médecins qui ont une activité habituelle de substitution, tout en présentant deux pratiques différentes, une qu'on pourrait qualifier à « haut seuil » (et qui n'adhère pas à l'évolution de la politique de réductions des risques actuelle), et le deuxième à seuil adapté à la trajectoire du patient. Le deuxième médecin ne s'identifie pas pour autant comme faisant partie intégrante d'un réseau.

La majorité des médecins du panel suit un nombre très limité de patients, qui font partie de la patientèle habituelle, souvent de longue date. S'ils considèrent ces patients comme volontiers manipulateurs, cela ne semble pas leur présenter plus de problèmes que le reste de leur patientèle.

Pratiquement tous (sauf un), considèrent que l'éloignement du CSST constitue un désavantage pour le patient. Que ce soit sur le plan des relations, d'une prise en charge multidisciplinaire, ou de l'accès à la méthadone. Aussi, ils ont tendance à se considérer comme isolés, et mettent en avant un manque de connaissance. Ceux qui se sentent plus à l'aise avec ces questions sont ceux qui, généralement, ont échangé avec des confrères, soit au cours de leur activité antérieure, soit en partageant leur expérience. Certains relatent une formation il y a quelques années, mais ne semblent pas en avoir gardé une trace tangible pour les aider dans leur pratique.

Tous considèrent le médicament de substitution comme un médicament à part, pouvant être assimilé à une drogue légale. Toutefois, l'idée que la substance puisse être détournée les partage, certains considérant ce fait comme rédhibitoire à toute prise en charge, d'autres préférant privilégier la relation thérapeutique.

Concernant la perception de la prise en charge, ceux qui en voient peu sont globalement insatisfaits, avec des attentes se portant surtout sur des objectifs de décroissance des doses, ce qui n'est pas pertinent par rapport aux recommandations de l'ANAES. Les mésusages font l'objet d'un dialogue plutôt que d'une rupture de contrat. Certains disent n'y avoir jamais été exposés.

Les médecins du groupe ne portent pas tous le même regard sur les praticiens qui ont une activité de substitution importante. Certains compatissent et jugent qu'il s'agit d'un système d'engrenage, pouvant être lourd de conséquences, en raison de l'histoire immédiate du secteur. Les autres semblent considérer qu'ils ont une attitude plutôt oisive, et n'hésitent pourtant pas à leur adresser des patients s'ils se trouvent sollicités.

Revenons au cas des deux médecins les plus prescripteurs, mais surtout au deuxième. Il décrit bien le malaise à se sentir étiqueté « spécialiste », une spécialisation qu'on pourrait qualifier d'informelle, mais surtout de subie. Son seul tort est de s'intéresser au champ de l'addictologie au point de s'être forgé une culture solide. Ce statut de spécialiste local malgré lui est certainement renforcé par l'attitude de ses pairs qui lui orientent volontiers des patients. Dans le cas de l'autre médecin, ce même mécanisme s'opère aussi par le jeu des

patients eux même qui, comme il l'a été évoqué dans les entretiens, se dirigent en masse vers le médecin qui avait pour habitude de dépanner son confrère lors des absences.

Excepté trois médecins qui se disaient à divers degrés en désaccord avec les orientations actuelles des politiques de réduction des risques, les autres se montraient plutôt enthousiastes avec le principe, portant un regard bienveillant sur les usagers aux trajectoires les plus précaires.

II – Critique

A – Intérêt de l'étude

Cette étude s'intéresse à un secteur géographique bien défini, en cela elle est originale. Elle vise à répondre à des problématiques qui ont pour but l'amélioration de la qualité des soins pour les patients de manière générale.

La méthodologie est adaptée à la question posée. Le fait d'être débutant dans les pratiques de cette méthode a pu permettre d'aborder l'enquête sans idée préconçue, ce qui est un point fort pour ce type d'étude.

L'analyse des données a été transversale, thématique et exhaustive.

Les résultats semblent pertinents par rapport aux données de la littérature :

- Bien que la population étudiée soit très restreinte, sa répartition hétérogène par rapport aux attitudes face à cette question d'addictologie semble en adéquation avec la répartition modélisée par le Dr BINDER (voir Première partie III C)¹⁹.
- Les résultats de l'analyse thématique transversale correspondent en grande partie à ceux que le Dr LENOIR a exposés il y a un an²⁰, alors que la

¹⁹ BINDER P, GUALDONI S. Chapitre 42 : Intervention de la médecine générale dans le domaine des addictions : le Pôle ressource national. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006, p.296-300

²⁰ LENOIR M. Les freins des médecins généralistes à la substitution aux opiacés. Th. D : Médecine Générale : Clermont-Ferrand : 2011 55p.

prise de connaissance de ces nouvelles données avait eu lieu après l'enquête et son analyse. La reproductibilité des données des résultats renforce la pertinence des deux études.

- Les données correspondent en plusieurs points aux éléments de la thèse du Dr ROZAIRE²¹, le groupe étudié présente les mêmes caractéristiques que son troisième groupe d'étude (non affilié à un réseau de soin), aussi son travail vient renforcer les perspectives pour la situation qui fait l'objet de notre étude.

B – Limites

Les limites de cette étude sont pour débiter, le thème général abordé. Il est difficile d'aborder les traitements de substitution de manière neutre et détachée, tant pour le chercheur que pour l'enquêté, du fait que les dimensions politiques et sociales dépassent la question médicale.

On retrouve aussi un biais de recrutement. Pour commencer, le groupe est très restreint, pour des raisons liées au terrain de l'étude, les refus d'entretien constituent un biais de sélection, car le motif des refus, souvent éludé, a de fortes possibilités d'être en lien avec la thématique évoquée lors du démarchage téléphonique.

Dans le matériel, les entretiens étaient prévus assez brefs pour ne pas porter préjudice aux enquêtés bénévoles. Un peu plus de matériel à exploiter n'aurait été que plus profitable.

On peut toujours se demander si le fait d'enregistrer l'entretien pour fixer les paroles, ne biaise pas les réponses. Il semble que dans ce cas précis, les enquêtés aient été suffisamment à l'aise, mais il s'agit seulement de l'avis subjectif du chercheur.

Le fait que l'enquêteur appartienne au même groupe social que les enquêtés fait que les réponses des interlocuteurs ont pu être inconsciemment influencées par les attentes de l'enquêteur, ou par ce que l'interviewé pense être ses attentes.

Un biais majeur de méthode apparaît à l'analyse des résultats, concernant certaines thématiques, il semble que les données n'arrivent pas à saturation, en partie à cause de

²¹ ROZAIRE C. La buprénorphine haut dosage : revue de pertinence des pratiques et effets des opinions des médecins : au sujet d'une enquête réalisée auprès de 193 médecins. Th. D : Psychiatrie : Nantes : 2010, 117p.

l'inexpérience du chercheur qui n'a pas pressenti le résultat pendant les sessions d'entretiens. Un complément aurait sans doute été bienvenu, mais difficilement envisageable du fait de la restriction du terrain de l'étude.

III – Perspectives

La finalité de cette étude est d'améliorer la prise en charge en matière de substitution aux opiacés, des patients de la ville de Cognac et de son agglomération. En résonance avec les travaux du Dr ROZAIRE, il apparaît qu'une meilleure implantation des réseaux de soins en addictologie au niveau local, serait plus bénéfique qu'une démarche de formation. Cette étude (ne serait-ce que le corpus des entretiens) pourrait fournir un matériau ébauchant une aide aux personnels du CSST d'Angoulême et aux équipes du réseau, pour appréhender les malaises et les attentes des médecins sur le terrain.

Les propositions énoncées dans le livre blanc de la Fédération Française d'Addictologie vont aussi dans le sens du renforcement de l'inscription des médecins dans les réseaux de soins d'addictologie (FFA, 2011, 40).

La répartition inégale des patients entre les médecins met en danger les praticiens qui voient trop de patients pour la substitution, il en ressort en général une image dévalorisée, et les conséquences administratives et judiciaires peuvent ruiner une carrière de soignant. Certains médecins proposent des mesures incitatives pour encourager les médecins qui ne font pas de substitution à en faire, avec une revalorisation tarifaire des actes. Mais une proposition récente de l'Académie nationale de Pharmacie serait une perspective aussi intéressante, de mettre en place des mesures coercitives qui fixeraient un quota maximum de prise en charge par praticien, soumis à autorisation ordinaire si on souhaite le dépasser, associé à une supervision obligatoire le cas échéant. Cela aurait pour effet immédiat d'harmoniser les pratiques, de limiter les dérives hasardeuses, et une meilleure distribution des patients.

CONCLUSION

Les rencontres avec les médecins de ce secteur furent riches, et ont apporté des informations intéressantes en rapport avec l'organisation informelle de la prise en charge des patients.

Les entretiens réalisés ont permis d'apporter un éclairage sur l'histoire immédiate de ce secteur, qui permet d'en tirer deux enseignements. Le premier est le piège dans lequel peuvent se retrouver des médecins victimes d'une trop forte pression des patients : allant de la réputation de dealer, jusqu'aux sanctions pénales, renforçant l'image péjorative des pratiques de substitution.

Le deuxième enseignement est que l'histoire a tendance à se répéter : force est de constater que la répartition hétérogène des patients est surtout le fait d'identification de certains médecins comme des « spécialistes locaux », produit de leur bonne volonté associée au manque d'intérêt des autres médecins pour la discipline.

Contrairement à l'un des postulats initiaux de l'enquête, le patient n'est pas considéré de manière péjorative par la plupart des médecins. Une majorité des médecins rencontrés suit quelques patients, pour qui la demande de prise en charge s'est imposée alors qu'ils se connaissaient déjà.

Les principales résistances objectivées vis-à-vis des prises en charge pour substitution sont un sentiment d'inefficacité de la prise en charge, dont ils ont parfois du mal à percevoir les objectifs, associé à un sentiment d'isolement. L'éloignement du CSST est perçu comme un désavantage pour les patients du secteur.

Il serait intéressant de savoir ce que pourrait apporter une plus grande couverture du réseau ville-hôpital toxicomanie au niveau local, des études récentes ayant démontré que l'activité d'échange avec les réseaux se révélait plus efficace en termes de pertinence des pratiques que les campagnes de formation.

Enfin, dans l'intérêt des patients comme des médecins, une réflexion sur la répartition inégale des patients substitués et les moyens de pallier à ces disparités serait souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE

ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE. Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacés. Rapport : 2009, 58p.

ALAMI S, DESJEUX D, GARABUAU-MOUSSAOUI I. Les méthodes qualitatives. Paris : Presses universitaires de France, 2009, 126p.

ANAES. Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004, École normale supérieure de Lyon. 57p.

ARMAND C, THIRION X, SAILLARD C. Dix ans de détournement d'usage du détournement d'usage du Néo-Codion® entre 1992 et 2012. *Thérapie*, 2004, vol 59, p. 547-553.

AURIACOMBE M, FATSÉAS M. Chapitre 30 : Thérapeutiques de substitution en addictologie : concept et principes généraux. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006a, p. 223-228.

AURIACOMBE M, FATSÉAS M, DALOUÈDE J-P. Chapitre 95 : Thérapeutiques de substitution aux opiacés : méthadone orale et buprénorphine sublinguale. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006b, p. 620-629.

BERGERON H. L'État de la toxicomanie : histoire d'une singularité française. Paris : Presses universitaires de France, 1999, 370p.

BERTRAND B. Salles de shoot ? Un regard engagé en faveur de l'expérimentation de structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues. Paris : Books on Demand : Société / Toxicomanie, 2010 (ISBN 2810620911)

- BINDER P, GUALDONI S. Chapitre 42 : Intervention de la médecine générale dans le domaine des addictions : le Pôle ressource national. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006, p.296-300.
- BLAISE M, ROSSÉ E. « Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques », *Psychotropes*, 2011/1 vol. 17, p. 57-82.
- BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Edition Nathan Université Coll. Sociologie, anthropologie, 2000, 126p.
- BOMBARDIER D. L'apport des médecins généralistes du département de la Moselle au traitement de la toxicomanie par la buprénorphine haut dosage. Réseau ville hôpital toxicomanie Metz Thionville, 2001
- CNOM. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Poitou-Charentes. Situation au 1^{er} juin 2011. www.conseil-national.fr
- COPPEL A. Dans quel contexte historique et institutionnel ont été mis en place les traitements de substitution aux opiacés en France, et comment notre pays se situe-t-il aujourd'hui dans ce domaine par rapport aux pays comparables ? *Alcoologie et Addictologie* 2004, 26 (4 suppl.), p. 17-26.
- COSTES J-M, CADET-TAÏROU A, THIRION X, et al. Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positifs que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés en terme de prise en charge médicale, psychologique et sociale des usagers et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaités (mésusages...)? *Alcoologie et addictologie* 2004, 26 (4 suppl.), p. 38-54
- COSTES J-M. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. Paris: OFDT, 2010, 194p.
- DUNETON P. La réduction des risques. *Temps Modernes*, n°567 octobre 1993 p.190-210

FAVATIER J. Sur le banc des accusés. ASUD-Journal n°20, 2000, p.6-9.

FERONI I. La substitution au Subutex® en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales. *In Schweyer F, et al., Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP, 2004a, p.197-208.

FERONI I, PARAPONARIS A, AUBISSON S et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* : 52, 2004b, p.511-522.

FFA. Livre blanc de l'addictologie française, 100 propositions pour réduire les dommages des addictions. 2011, 44p.

GAUDILLIÈRE B. Les représentations de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage chez les patients toxicomanes : du médicament à la relation thérapeutique. Th. D : Médecine Générale : Université Paris 6 : 2007, 217p.

GAUGLER E. Représentations des médicaments de substitution aux opiacés en France per les patients et leurs médecins généralistes : De la drogue à l'alliance thérapeutique. Approche qualitative en médecine de ville. Th. D : Médecine Générale : Université Paris Descartes : 2010, 185p.

JAUFFRET M. L'autosupport des usagers de drogues en France : groupes d'entraide et groupes d'intérêt. Document du *Groupement de recherche Psychotropes, politique et société* : 2000, 88p.

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVs-ANRS Cocquelicot, 2004. *BEH* : 2006

- JAYLE D. Chapitre 26 : La politique française en matière de lutte contre les addictions. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006, p.201-208.
- JEANMART C. Médecin généralistes et usagers de drogues : analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France). Th. D : Sociologie : Université Lille 1 : 2007, 650p.
- KAYSER M. Les médecins et la substitution. Entretien avec Jean Yves Guillet. *Revue Pratiques*, n°58, 2012, p.18-19
- KEMPFER J. Le néocodion® ou « une substitution sauvage ». *Revue Swaps* 1997, n°2, 24p.
- INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues, synthèses et recommandations. Expertise collective : 2010, 60p.
- LEBEAU B, LHOMME A, MOREL. A. Toxicomanie, droit et citoyenneté. *Quotidien Libération* : 8 juillet 1995.
- LECOMTE D, HATTON F, MICHEL L. Décès par usage de stupéfiants en Ile-de-France. *BEH* 1994 ; 35 : 159-161.
- LEJEUNE C et al. Grossesse et substitution, : enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Paris, OFDT, 2003, 144p.
- LENOIR M. Les freins des médecins généralistes à la substitution aux opiacés. Th. D : Médecine Générale : Clermont-Ferrand : 2011 55p.
- LLORCA P-M. Chapitre 40 : Les réseaux en addictologie. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006, p.285-288.

- LOO H, LAQUEILLE X. La désintoxication ou le sevrage physique. *La revue du praticien*, 1987, 37, 29, p.1735-1739.
- LOWENSTEIN W. Nécessité du débat. *Les temps modernes*, 1993, n°567, p.247-251.
- MOREL A. Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française. *Toxibase*, 2000, 3, p.1-37.
- OFDT. Drogues, chiffres clés, 2^{ème} édition, juin 2009, 6p.
- PRESCRIRE Rédaction. Buprénorphine + naloxone (Suboxone®) Dépendance aux opiacés : pas de preuve d'un moindre risque d'auto-injections. *La revue Prescrire* : 2007/27 n°284, p.405-408.
- REISINGER M. Quinze ans de traitement à la buprénorphine. *THS La Revue des Addictions*, 1999, 2, 6 : p.387-389.
- REYNAUD M. Chapitre 22 : L'offre de soins en addictologie. *Traité d'addictologie sous la direction de Michel Reynaud*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2006, p.157-162.
- ROUX P, MICHEL L, COHEN J. Methadone induction in primary care (ANRS-Methaville) : a phase III randomized intervention trial. *BMC Public Health* 2012, 12:488.
- ROZAIRE C. La buprénorphine haut dosage : revue de pertinence des pratiques et effets des opinions des médecins : au sujet d'une enquête réalisée auprès de 193 médecins. Th. D : Psychiatrie : Nantes : 2010, 117p.
- TOUFIK A, ESCOTS S, CADET-TAÏROU A. La transformation des usages des drogues, liée à la diffusion des traitements aux opiacés vus au travers du dispositif TREND. Paris: OFDT, 2010, p.10-25.
- VENTROU P. Une pratique de TSO en médecine générale et libérale. *Revue Le Flyer*, n°38, 2009, p.16-20.

ANNEXES

Annexe 1 : Le repère du toxicomane

Article du journal Le Monde du 9 septembre 1992

POINT DE VUE

Le repère du toxicomane

Un groupe de médecins (1) lance un appel à la mobilisation des généralistes face au problème de la toxicomanie. En 1992, il n'existe guère de famille qui soit épargnée par la toxicomanie.

ON peut penser que ce problème ne relève pas de la médecine mais de solutions d'ordre éducatif, judiciaire, socio-économique et politique. Tout cela n'est pas faux mais passe à côté de deux réalités incontournables : il n'y a que des cas particuliers et la demande s'inscrit dans l'immédiat.

Le toxicomane est une personne qui, d'une certaine façon, interpelle d'autres personnes (son entourage) qui n'ont pas pu et ne peuvent l'entendre. Un jour, il demande de l'aide car il réalise qu'il ne va pas s'en sortir. Au départ il y trouvait du plaisir, mais progressivement il s'est senti engagé dans un cul-de-sac : les autres ne peuvent l'entendre et lui-même d'ailleurs ne sait pas très bien ce qu'il veut, sinon au moins se sortir de l'impasse. Il souffre et se dirige vers un cabinet médical. Il est sans doute bon de rappeler ici la place du médecin : il n'est ni juge ni policier, il n'est pas là pour chercher la vérité mais pour aider des gens à trouver leur vérité.

Cela est d'autant plus important à dire que la toxicomanie est aussi une parole que le toxicomane s'adresse à lui-même. Mais alors pourquoi n'irait-il pas chez le psychanalyste ? Victime d'un besoin immédiat, il en a rarement les moyens psychiques. Comment, dans l'urgence, pourrait-il avoir le temps de penser que sa toxicomanie n'est que l'expression d'un indicible ? Alors il va chez le médecin, comme il

n'y a pas si longtemps quand il avait mal au coeur ou mal au ventre (et d'ailleurs il a mal au ventre) car le médecin peut prescrire des médicaments et c'est bien de cela qu'il a besoin.

Ainsi le médecin est-il sans doute la bonne personne à consulter. Cette constatation oblige les médecins à ne pas se dérober à la tâche et à réfléchir à la façon d'assumer cette clientèle difficile.

Il faut bien dire qu'ils n'y sont guère encouragés. Faisant feu de tout bois, de bonnes âmes s'ingénient à induire des attitudes craintives et à les démobiliser.

A travers les journaux, les affiches et les clips vidéo, la bonne conscience martèle inlassablement ce mot d'ordre : " Non à la drogue ! " En langage médical, cela se traduit très simplement par " ne pas prescrire ! ". " Comment dire non à un drogué ! ", on ne peut s'empêcher de citer à nouveau ce grand titre du Quotidien du médecin qui donnait la recette : " en lui proposant le dialogue. " On croit rêver ! Peut-on imaginer sérieusement que l'on puisse engager un dialogue avec quelqu'un qui est dans les douleurs du manque ?

En réalité ce " non à la drogue ", avec lequel nous sommes tous d'accord, glisse vers un " non aux drogués ! ", c'est-à-dire, pour être clair, une acceptation pure et simple de leur exclusion définitive, autrement dit de leur mort par overdose, septicémie, sida, etc. Car c'est bien autour de cet enjeu que nous devons décider d'une conduite thérapeutique - d'une politique, pourrait-on dire - pour insister sur le fait que nous avons affaire à un vaste problème de " santé publique ".

Le récent congrès d'Amsterdam sur le sida nous l'a confirmé : l'enjeu est tel que la plupart des pays d'Europe ont déjà choisi ou choisissent ce qu'il est convenu d'appeler " une politique de réduction des risques". Ils le font d'autant plus volontiers que les toxicomanes ne constituent pas une population à part : ils sont parmi nous, ils ont, comme tout le monde, des relations affectives et sexuelles et des enfants, ils menacent leur santé mais aussi la nôtre : ils sont, aux Etats-Unis, la première source de contamination hétérosexuelle du sida.

On sait bien qu'aucun médicament ne peut " guérir " la toxicomanie. Réduire le risque revient donc avant tout à gagner du temps sur une mort annoncée, le temps que le toxicomane, serait-il séropositif, trouve par lui-même un chemin qui l'invite à vivre. Il s'agit, par conséquent, de garder un contact qui permettra peut-être à terme que l'on se parle. Mais cela a un prix : établir et maintenir un lien; en l'occurrence, " soigner ", c'est d'abord négocier. Et cela implique qu'en reconnaissant l'autre tel qu'il est, le soignant s'ouvre à la possibilité d'un compromis tout en sachant que cela va passer par la prescription de produits de substitution comme la méthadone et le Temgesic.

Les médicaments de substitution

On sait désormais que presque toutes les sorties de la toxicomanie sont accompagnées de la prise de produits de substitution (cf. l'étude de Robert Castel, 1992).

Comme toutes les prescriptions, celle de médicaments de substitution prend une signification qui est spécifique à chaque cas. Ici, elle accorde le crédit du soignant à celui qui affirme vouloir s'en sortir, là, elle dit que, quoi qu'il en soit du désir de désintoxication, le toxicomane reste un patient qui demande à être soigné, et donc qui doit l'être : la prescription d'un opiacé peut aider un toxicomane malade, et

trop intoxiqué pour renoncer à sa consommation, à suivre un traitement médical...

Pour tous, en tout cas, c'est une reconnaissance de la souffrance. Mais elle n'est pas qu'un geste symbolique. La prescription d'opiacés offre une halte dans la " galère " qui peut être vitale à des moments bien précis : ceux où le toxicomane a perdu tout contrôle de sa consommation ou lorsque la rechute menace (le premier facteur de risque d'overdose est la sortie de cure ou celle de prison). Enfin, elle peut constituer une étape, une coupure parfois décisive, dans une longue histoire semée d'embûches : renoncement à l'injection, réduction des quantités, éloignement du milieu de la drogue, renforcement ou reconstruction de liens sociaux et affectifs, accès ou maintien dans l'emploi.

Ces luttes, ces moments successifs ou simultanés nécessitent des réaménagements psychiques que le médecin peut accompagner, dont il peut être le témoin et la mémoire vivante. Le cabinet médical devient dès lors un repère dans un parcours, le plus souvent chaotique, lorsque le médecin a su sceller une alliance qui n'est pas une complicité. On gagne à être clair, et les toxicomanes ne s'y trompent pas : ils comprennent et apprécient vite que le compromis ne signifie pas compromission.

La lourdeur du problème de la toxicomanie justifie l'existence de structures d'accueil spécialisées, pluridisciplinaires, nombreuses et diversifiées. Il reste que le cabinet médical, d'accès plus direct, est un lieu ouvert à toutes les expressions de la souffrance. De ce fait la toxicomanie ne saurait lui être étrangère.

(1) Alain Beupin, Clarisse Boisseau, Jean-Jacques Bourcart, Pierre Burtschell, Jean Carpentier, Aimé Charles-Nicolas, Brigitte Collet-Billon, Anne Coppel, Patrick de La Selle, Bertrand Lebeau, Didier Touzeau.

© Le Monde

Annexe 2 : Billet d'humeur

(Extrait d'un billet d'humeur d'un blog de médecin généraliste : docteurdu16.blogspot.fr)
Illustration fictive de la pluralité des pratiques des médecins face à une demande de renouvellement de BHD.

(...)

Pourquoi je vous dis cela ?

Parce que je m'interrogeais l'autre jour, en lisant un forum médical, sur le rôle qui était assigné aux malades.

Tous les braves gens qui ne jurent que par La Médecine Par les Preuves (en anglais) et l'Evidence Based Medicine (en français) (EBM) ne cessent d'exprimer leur corporatisme (au sens clérical du terme : je suis médecin et je suis le dépositaire du savoir et j'ai fait des études et j'ai une position sociétale et j'ai réfléchi sur mon statut et je sais ce que pense "mon" malade et je me mets à sa place et je sais ce qui est bon pour lui et je sais ce qui n'est pas bon pour lui...) et croient encore (pour certains) que le volet Patients du questionnement EBM comprend les agissements (wrongdoings) des patients alors que le texte fondateur de Sackett parle de Patients' Values and Preferences.

Waberi et Kwahulé posent la question fondamentale du rôle que l'on assigne aux autres.

Revenons à la médecine (générale).

Prenons l'exemple du toxicomane (héroïne).

Monsieur A vient pour qu'on renouvelle sa prescription de subutex.

Le docteur B1 renouvelle la prescription sans se poser de questions.

Le docteur B2 renouvelle la prescription sans poser de questions.

Le docteur B3 renouvelle la prescription en répondant lui-même à la question qu'il se pose : Oui, je suis un grand médecin altruiste qui s'occupe de toxicomanes à l'héroïne contrairement à tous ces salauds qui trouvent que les toxicomanes puent et qui les considèrent comme des délinquants.

Le docteur B4 renouvelle la prescription en quêtant dans le regard du patient la reconnaissance du juste qui prescrit du subutex pour le bien de l'humanité.

Le docteur B5 renouvelle la prescription en quêtant dans le regard du malade la reconnaissance de son statut de citoyen qui n'est pas dans le camp de la police ou de la magistrature.

Le docteur B6 renouvelle la prescription en sachant qu'il participe à la grande aventure du progrès ininterrompu de l'espèce humaine contre l'injustice de cette société qui considère les toxicomanes à l'héroïne comme des délinquants.

Le docteur B7 renouvelle la prescription en répondant tout seul aux questions que serait supposé se poser le patient ou malade.

Le docteur B8 renouvelle la prescription en se flattant de considérer la personne qui est assise en face de lui comme un malade et non comme un délinquant.

Le docteur B9 renouvelle la prescription en se rengorgeant du fait qu'il a réussi à obtenir pour ce malade une ALD (Affection de Longue Durée) pour troubles graves de la personnalité.

Le docteur B10 renouvelle la prescription (qui comprend en outre une benzodiazépine) sans examiner les bras de son patient.

Le docteur B11 renouvelle la prescription en sachant que le patient "fixe" le subutex.

---/---

Le docteur B12 renouvelle la prescription en sachant que le patient "snife" le subutex.

Le docteur B13 renouvelle la prescription en sachant que le patient consulte un autre médecin.

Le docteur B14 renouvelle la prescription sans poser de questions en sachant que 59,6 % des usagers de subutex continuent d'utiliser des opiacés.

Le docteur B15 renouvelle la prescription de subutex sans poser de questions sur l'alcool, le shit, le tabac...

Le docteur B16 renouvelle la prescription sans connaître le statut sida ou hépatite(s) de ce patient.

Le docteur ad libitum....

Et, comme vous le voyez je n'ai même pas parlé du médecin qui refusait de prescrire du subutex (et n'acceptait que de prescrire de la buprénorphine), du médecin qui refusait d'augmenter les doses, du médecin qui refusait de prescrire, du médecin qui se fâchait, du médecin qui n'acceptait pas, du médecin qui considérait que le patient était un malade, du médecin qui considérait que le patient était un délinquant...

Le subutex sauve des vies.

Est-ce suffisant pour ne se poser aucune question ? Est-ce suffisant pour se dire que la drogue n'est que le stigmate des sociétés modernes capitalistes ou post capitalistes ? Est-ce suffisant pour assigner le rôle de victime au toxicomane à l'héroïne ?

Le subutex sauve des vies.

Est-ce suffisant pour assigner au toxicomane à l'héroïne le statut (et le rôle) de malade plutôt que de délinquant ? Pourquoi en faire un malade ? De quel droit ?

Le subutex sauve des vies.

Extrait du blog : *DE LA MEDECINE GENERALE, seulement de la médecine générale.*

Billet du jeudi 11 novembre 2010 intitulé : « Jeux de rôle en médecine générale, et dans la société en général » (texte tronqué)

Administrateur : JC Grange (docteurdu16.blogspot.fr)

Avec l'aimable autorisation de l'auteur.

Annexe 3 : Support documentaire

Document traitant des salles de consommation à moindre risque présenté aux médecins.

repères

par Vincent Michelon

Salles de consommation : le temps politique, l'urgence sanitaire

Opérationnelle dans plusieurs villes européennes, l'expérimentation des salles de consommation de drogues, dites « de moindre risque », fait toujours débat en France. Les défenseurs de ces structures les présentent comme une étape supplémentaire dans la politique de réduction des risques.

Deux ans et demi après la présentation au public et aux médias d'une « fausse » salle de consommation à moindre risque dans le 20^e arrondissement de Paris¹, le débat sur l'opportunité d'une telle structure en France a fait du chemin. Auparavant porté par les associations, le projet préoccupe aujourd'hui les politiques. En témoigne la conférence-débat organisée le 5 octobre 2011 à l'hôtel de ville de Paris, en présence de chercheurs, représentants de la police espagnole et hollandaise, d'as-

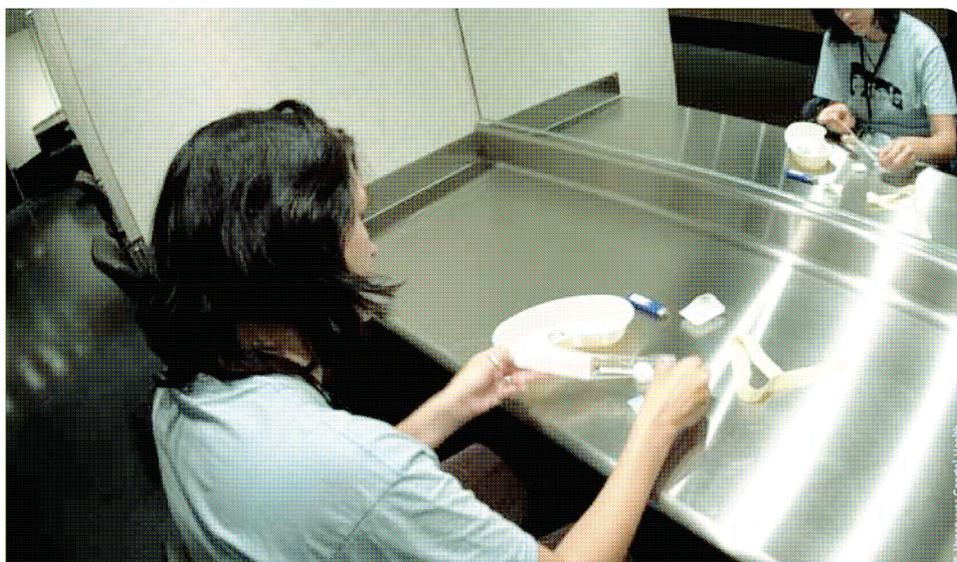
sociatifs et d'élus, sous la houlette du député Jean-Marie Le Guen, adjoint au maire de Paris.

Après le temps de l'opposition frontale entre les partisans et les opposants à l'expérimentation de telles structures vient celui de la pédagogie. Les intervenants ont rappelé que les salles de consommation ne sont pas des « temples de la drogue », où l'incitation est la règle, mais des centres supervisés où les usagers viennent s'injecter ou inhaler les

À Rotterdam, des salles sous contrôle policier

C'est un véritable pacte de confiance qui lie les policiers de Rotterdam (Pays-Bas), le personnel du centre BoumanGGZ et ses usagers. Dans la version hollandaise de la salle de consommation, la police joue un rôle clé pour lutter contre ce qu'elle appelle le « cheval de Troie ». « Il faut être très vigilant », explique Ed Wiesemann, représentant de la police locale. « Si des usagers commencent à vendre ou à acheter, cela peut entraîner des violences dans le centre. Pour nous, il est très important de pouvoir entrer dans les salles de consommation. » La première salle de consommation de Rotterdam a ouvert ses portes dès 1997 dans un quartier marqué par des problèmes de délinquance liés à la drogue. « Durant les premières semaines, on a assisté à une hausse de la consommation de drogues », raconte Leo Thomassen, directeur du centre BoumanGGZ. Puis, au bout de quelque temps, la consommation est revenue à la normale. Pendant trois ans, le centre a été le seul lieu d'accueil pour les usagers. On a créé par la suite des salles dis-

tinctes, notamment pour séparer les injecteurs et les fumeurs. » Cinq salles ont ouvert à Rotterdam. Le protocole est très encadré. Outre l'implication policière, l'utilisateur signe à l'entrée un papier par lequel il reconnaît les règles en vigueur dans le centre. De plus, le temps de consommation est limité à deux heures, au terme desquelles il est demandé à la personne de sortir pour faire une pause d'une heure. Tous les trois mois, une commission rassemblant les autorités locales, la police et le directeur du centre se penche sur les problèmes de voisinage. La police est également présente lors des réunions mensuelles organisées avec les nouveaux usagers, pour évoquer leur quotidien à l'intérieur mais aussi à l'extérieur des salles. Les contrevenants s'exposent notamment à une sanction, qui peut passer par leur exclusion du centre pour une période donnée. Cette ligne sévère s'exprime également lors des admissions : les salles de consommation de drogues n'ont pas le droit d'accueillir les migrants en situation irrégulière.



produits sous la surveillance du personnel médical, avec du matériel propre, dans des conditions sanitaires sans commune mesure avec celles de la rue. Courant 2010, l'association Élus, santé publique et territoires a emmené une délégation d'élus de tous bords dans plusieurs villes d'Europe afin de leur faire découvrir concrètement à quoi ressemblaient ces lieux. Et quels étaient leurs atouts, désormais avérés : réduction des pratiques à risque, baisse de la morbidité et de la mortalité par overdose, entrée dans le système de soins des plus précarisés et amélioration de la tranquillité publique.

Débat idéologique. « *Nous nous sommes rendus dans des centres qui avaient un bilan à nous présenter, explique Jean-Marie Le Guen. L'objectif était de faire avancer un débat qui, en France, avait pris un caractère très idéologique, exprimant les craintes de chacun. Maintenant, j'ai un sentiment d'optimisme. Nous sommes dans une année électorale et les tensions ne permettront pas de dépasser les blocages. Mais, sur le fond, les choses ont avancé.* »

Toutefois, alors qu'une quarantaine de villes européennes ont déjà mis en place leurs structures et que les rapports en leur faveur se multiplient, le débat patine en France depuis plus d'un an. Dès juin 2010, l'Inserm a rendu une expertise collective² qui inscrivait les salles de consommation comme une « *mesure complémentaire* » dans l'arsenal mis en œuvre depuis vingt ans en matière de réduction des risques (RdR). Le prix Nobel de médecine et codécouvreur du virus du sida, Françoise Barré-Sinoussi, s'est alors engagée en faveur de ces structures. Durant l'été 2010, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot,

s'est déclarée favorable à une expérimentation, à l'instar de la secrétaire d'État à la Famille, Nadine Morano. Le maire de Marseille, Jean-Claude Gaudin, s'est lui-même déclaré prêt pour une expérimentation dans sa ville. Mais le Premier ministre, François Fillon, appuyé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, a mis fin au débat, jugeant l'expérimentation « *ni utile ni souhaitable* ». En juin 2011, des parlementaires UMP ont enfoncé le clou au terme d'une mission confiée par le président du Sénat, Gérard Larcher. La députée UMP Françoise Branget et le sénateur divers droite Gilbert Barbier ont écarté dans leur rapport toute expérimentation de centres d'injection supervisés, estimant que le bénéfice n'était pas démontré et que la mise en œuvre posait un problème légal.

Depuis, seuls les élus locaux (majoritairement de gauche) ont repris le flambeau. Après le conseil de Paris, qui s'est déclaré favorable à l'expérimentation « *d'au moins une salle* » sur son territoire, en « *partenariat* » avec l'État et la préfecture de police, la région Ile-de-France a choisi de soutenir le projet. « *La région a décidé d'accorder des subventions aux collectivités qui seront candidates pour expérimenter les salles de consommation*, précise Julie Nouvion, conseillère régionale écologiste. *Le problème est que nous dépendons de l'État pour l'autorisation d'ouverture.* »

Une RdR tardive. Le débat actuel n'est pas le premier de ce type. Il résume même vingt ans de mise en œuvre laborieuse de la politique de RdR. « *Contrairement à d'autres pays, la France a mis tardivement en place la politique de réduction des risques*, confirme Marie Jauffret-Roustide,

sociologue à l'Inserm (U988). *Cela a commencé en 1987 avec la mise en vente libre de seringues dans les pharmacies, les programmes d'échanges de seringues, puis la mise en place des dispositifs de bas seuil, futurs Caarud, en 1993 et les traitements de substitution en 1995.* » Il a fallu attendre 2005 pour que la loi inscrive en toutes lettres la RdR dans la politique de santé publique. *« Le principe de cette politique, rappelle la sociologue, est de rompre avec l'utopie de l'éradication de la drogue et une vision moralisatrice au profit du pragmatisme. Toutes les études ont mis en évidence une diminution des pratiques d'échanges de seringues après la mise en œuvre des programmes de distribution de seringues. » Avec, pour*

corolaire, la réduction du nombre de contaminations par le VIH entre les usagers de drogues.

En France, les défenseurs des salles de consommation de moindre risque mettent en avant deux études particulièrement inquiétantes sur la situation sanitaire des usagers de drogues au regard du VHC. La première, baptisée « Coquelicot »³, a fait apparaître une prévalence du VHC à hauteur de 60 % en moyenne, un tiers des moins de 30 ans, et de 70 % chez les plus de 40 ans. En outre, 11 % des usagers étaient porteurs du VIH. L'étude indique qu'une personne sur dix a déclaré avoir partagé sa seringue au cours du dernier mois et que 81 % des personnes interrogées ont partagé une pipe à crack, facteur de transmission du VHC.

Vancouver : la preuve par l'évaluation scientifique

L'Insite, premier centre d'injection sous supervision médicale d'Amérique du Nord, basé depuis 2003 dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver (Canada), a remporté fin septembre une longue bataille juridique contre le gouvernement. La Cour suprême a enfin confirmé que le moratoire exigé par ce dernier sur les salles de consommation était « contraire au principe de justice fondamentale » qu'est le droit à la santé. Auparavant, les salles de consommation avaient été attaquées devant les tribunaux et les recours avaient été épuisés. Pour parvenir à ce résultat, les défenseurs de ces structures ont procédé à un bilan scientifique patient et rigoureux sur le plan sanitaire, sécuritaire et même financier. En prenant soin de les faire publier dans les plus prestigieuses revues scientifiques internationales, soit une trentaine d'articles soumis aux pairs¹. L'évaluation a été réalisée par les chercheurs du BC Centre for Excellence in HIV/Aids et de la faculté de médecine de l'université de Colombie-Britannique.

Avant la mise en place de l'Insite, la présence des usagers de drogues qui s'injectaient dans la rue posait un problème d'ordre public évident. « Certaines personnes pensaient que le centre aurait un effet négatif en matière de consommation, explique Thomas Kerr, professeur associé au département de médecine de l'université de Colombie-Britannique. Depuis son ouverture, le

nombre d'injecteurs présents dans les rues a diminué. En outre, une étude parue dès 2005 a montré que 75 % des usagers fréquentant le centre ne partageaient plus leur seringue. Moins de 1 % des usagers ont été contaminés par le VIH au cours de ces années. » Un autre article sur l'Insite a également montré que les personnes fréquentant la salle de consommation sont plus à même de rentrer dans un programme de désintoxication : l'ouverture de l'Insite s'est accompagnée d'une hausse de 50 % des admissions dans ces services. Alors que le centre de Vancouver connaissait une importante mortalité par overdose (un décès par jour en moyenne), cette dernière a diminué de 35 % après l'ouverture de l'Insite. Les chercheurs ont même mesuré les économies sur le budget de la santé réalisées grâce à la structure. « Sur dix ans, 18,3 millions d'euros ont été économisés, 1 119 cas d'infection par le VIH ont été évités et 1 175 années de vie ont été gagnées », précise Thomas Kerr. Enfin, sur le plan sécuritaire, les statistiques policières n'ont montré aucune hausse de la criminalité ou de la toxicomanie dans le secteur de l'Insite. « S'il s'était agi de prouver une diminution des risques de cancer du sein, serait-on encore là, en train de se tortiller et de réfléchir? Non!, conclut Thomas Kerr. Sur la base de preuves scientifiques, nous avons démontré que les centres étaient une question de santé publique. »

¹ La présentation de l'Insite figure sur son site Internet : supervisedinjection.vch.ca



La seconde étude, qui s'est penchée sur la situation des usagers de crack du Nord-Est parisien⁴, a montré que 53 % des personnes interrogées avaient dormi au moins une fois dans la rue ou dans un squat au cours des six derniers mois, que 41 % d'entre elles avaient partagé une pipe à crack lors de la dernière consommation, qu'un quart d'entre elles avaient employé des doseurs coupants (car « faits maison », à partir de doseurs à alcool) et que sept consommateurs sur dix étaient infectés par le VHC.

« Dans ce contexte, les salles de consommation sont une proposition intéressante, conclut Marie Jauffret-Roustide. Les usagers, qui ont une peur permanente d'être arrêtés par la police, ne mettent pas en œuvre les pratiques de réduction des risques. La France doit s'abstenir de la controverse entre les salles de consommation et l'arrêt d'usage, et accepter une vision gradualiste n'opposant pas la réduction des risques et le sevrage. »

En France, aucun dispositif de RdR n'a été mis en œuvre sans s'accompagner de houleux débats de principe. La situation sanitaire des usagers de drogues exige, toutefois, des réponses urgentes, en décalage avec le temps politique. ●

¹ Le 19 mai 2009, un collectif d'associations a présenté une salle de consommation de drogues (sans usagers) au siège d'Asud, à Paris. L'installation avait permis de médiatiser l'affaire en France.

² Expertise collective sur la réduction des risques. Les centres d'injection supervisés, Inserm, juin 2010.

³ Coquelicot, InVS-ANRS, 2004-2007.

⁴ Crack InVS-ANRS-collectif Inter-Caarud, 2009.

La sérénité retrouvée dans les rues de Bilbao

Voilà déjà huit ans que le local de Médecins du monde a ouvert ses portes dans le quartier de San Francisco, en plein centre de Bilbao, dans le Pays basque espagnol. Une salle de consommation discrète, à proximité de la gare, où les usagers de drogues viennent consommer héroïne et cocaïne par injection et surtout par inhalation. Dans ce centre, où huit usagers sur dix sont des hommes, on fournit du matériel propre (papier aluminium et paille pour fumer, ammoniac et cuillère pour dissoudre la cocaïne) et on met à disposition une salle équipée d'un système de ventilation. Depuis 2003, plus de 160 000 visites ont été enregistrées sans que la police basque n'ait reçu de plaintes de la part du voisinage.

Pourtant, les débuts ont été difficiles. À l'ouverture du centre, des voisins ont manifesté une hostilité telle que la police a dû intervenir pour protéger les usagers de drogues. La situation s'est pacifiée par la suite. « Il faut voir quelle était la situation dans le centre de Bilbao avant l'ouverture de la salle, raconte Alessandro Bua, coordinateur des projets

d'insertion sociale chez Médecins du monde. Il y avait de nombreuses scènes ouvertes, les usagers s'injectaient dans les halls d'immeubles et il y avait du trafic. La peur d'une aggravation de ce trafic s'est manifestée à l'ouverture de la salle. »

Un long travail de concertation avec les riverains, mais aussi avec la collectivité, les associations, les commerçants et la profession médicale a permis de calmer le jeu. « Nous avons montré aux voisins que la salle de consommation n'était qu'un maillon de la lutte contre la toxicomanie et de la politique de la ville, explique Alessandro Bua. Cela n'a pas attiré davantage de toxicomanes, pas plus que cela n'a maintenu les usagers dans la toxicomanie. »

Sur le plan légal, les choses étaient plus simples qu'en France. Aucune loi n'interdit l'ouverture d'une salle de consommation. Et les usagers en possession d'une petite quantité de drogue sont passibles d'une amende qu'ils ne pourront de toute façon pas payer. Aux yeux de la police, la salle de Bilbao ne représente pas un problème policier mais un problème social.

Annexe 4 : Grilles d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN (Première version)

PRESENTATION DE L'ETUDE

« Je voudrais évoquer avec vous la place qu'occupent une certaine catégories de patients (nécessitant une prise en charge pour toxicomanie à l'héroïne) plus particulièrement dans ce secteur ; ou l'offre de soins en matière de prise en charge des addictions est moins évidente du fait de l'éloignement des CSST. Aussi, préciser l'opinion que vous vous faites, en toute objectivité, de ce type de prises en charges »

ENTRETIEN (concis mais précis, ne devant pas excéder une quinzaine de minutes, anonyme et enregistrement audio qui sera reporté par écrit par la suite pour l'exploiter)

→ PRESENTATION :

Age, Age du cabinet,
Seul ou en groupe,
Secteur, Type d'activité (RDV,cs libres),
Secrétariat, Type de patientèle

→ Avez-vous déjà été confronté à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi, ou d'un problème de sevrage aux opiacés ?

→ Quelle en est la fréquence ?

→ À ce sujet, avez-vous déjà été confronté à des situations difficiles vis à vis de vous et/ou de votre patientèle lors de ce type de demande ?

→ Pouvez-vous m'évoquer un ou plusieurs patients pris en charge pour un traitement de substitution que vous suivez dans le cadre d'autres pathologies ?

Avez-vous des patients qui sont suivi pour un traitement de substitution en dehors de votre cabinet ?

→ D'une manière générale, pensez-vous qu'il soit facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ? Dans le cas contraire, quelles craintes pourriez-vous évoquer dans ce type de prise en charge ?

→ Quelles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge pour substitution aux opiacés ? Dans ce cas, proposez-vous une alternative au patient (adressage à un confrère, ou centre de prise en charge des addictions) ?

→ Quelle que soit votre décision de prise en charge ou non, pourriez-vous dire que vous agissez dans l'intérêt du patient ? Explicitez *

→ D'une manière plus générale, avez-vous entendu parler de la polémique autour des mises en places de salles de consommations à moindre risque dans certaines villes Européennes ? Avez-vous une opinion sur ce sujet ?

*Cette question a été éludée dès le deuxième entretien, jugée trop confrontante.

GUIDE D'ENTRETIEN (Seconde version)

PRESENTATION DE L'ETUDE

« Je voudrais évoquer avec vous la place qu'occupent une certaine catégories de patients (nécessitant une prise en charge pour toxicomanie à l'héroïne) plus particulièrement dans ce secteur ; ou l'offre de soins en matière de prise en charge des addictions est moins évidente du fait de l'éloignement des CSST. Aussi, préciser l'opinion que vous vous faites, en toute objectivité, de ce type de prises en charges »

ENTRETIEN (concis mais précis, ne devant pas excéder une quinzaine de minutes, anonyme et enregistrement audio qui sera reporté par écrit par la suite pour l'exploiter)

→ PRESENTATION :

Age, Age du cabinet,
Seul ou en groupe,
Secteur, Type d'activité (RDV,cs libres),
Secrétariat, Type de patientèle

→ Avez-vous déjà été confronté à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi, ou d'un problème de sevrage aux opiacés ?

→ Quelle en est la fréquence ?

→ À ce sujet, avez-vous déjà été confronté à des situations difficiles vis à vis de vous et/ou de votre patientèle lors de ce type de demande ?

→ Pouvez-vous m'évoquer un ou plusieurs patients pris en charge pour un traitement de substitution que vous suivez dans le cadre d'autres pathologies ?

Avez-vous des patients qui sont suivi pour un traitement de substitution en dehors de votre cabinet ?

→ D'une manière générale, pensez-vous qu'il soit facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ? Dans le cas contraire, quelles craintes pourriez-vous évoquer dans ce type de prise en charge ?

-> Quelles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge pour substitution aux opiacés ? Dans ce cas, proposez-vous une alternative au patient (adressage à un confrère, ou centre de prise en charge des addictions) ?

→ Vous êtes-vous déjà référé au réseau d'addictologie le plus proche ? Un avis ? Des retours ?

→ D'une manière plus générale, avez-vous entendu parler de la polémique autour des mises en places de salles de consommations à moindre risque dans certaines villes Européennes ? Avez-vous une opinion sur ce sujet ?

Annexe 5 : Corpus des entretiens

La partie enregistrée des entretiens a été retranscrite ici pour retrouver la dynamique des échanges. Cependant, par souci de respect des règles d'anonymisation des médecins de l'échantillon, les données sociodémographiques ont été supprimées (le secteur géographique étudié étant relativement restreint), n'apparaîtront pas ici les annotations relatives à la description des lieux. De même, les noms propres ont été masqués, ainsi que certaines anecdotes totalement hors de propos pouvant troubler cet anonymat.

* *
*

MG 1

E – Avez-vous déjà été confronté à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi, ou d'un problème de sevrage aux opiacés ?

MG 1 – De substitution je peux pas dire non mais assez peu je dirais. C'est déjà arrivé, mais les fois où c'est arrivé c'est arrivé assez simplement, c'est à dire c'était quelqu'un qui était déterminé, qui avait des opiacés pour des raisons de douleur non pas cancéreuses mais de suites opératoires, chirurgie rachidienne ou autre, si vous voulez, c'était assez simple à régler, c'est quelqu'un qui voulait et qui en plus avait solutionné son problème par la chirurgie déjà donc c'était un sevrage relativement simple. (incompréhension du terme opiacé dans la question, semble le rapporter aux antalgiques uniquement) Pour le reste non je suis pas sûr d'avoir eu beaucoup de sevrage à faire dans ce domaine.

E – Et des gens de passage ?

MG 1 - On ne prend plus de nouveaux patients en général, et puis pour les toxicomanes, il y a quand même sur Cognac, des confrères qui se sont un petit peu ciblés sur le créneau donc c'est vrai que chez nous le recrutement est assez faible dans ce domaine. Et puis aussi le

secrétariat fait un barrage mais on peut pas faire autrement...

E – Je vais recentrer la discussion sur le toxicomane à l'héroïne qui doit prendre du Subutex ou de la méthadone, vous en avez vu ?

MG 1 – Ah, toxicomanes, j'en ai dans ma clientèle, j'ai des toxicomanes qui sont sous Subutex, ces toxicomanes, pour moi ils n'ont pas d'opiacés, ils n'ont plus de traitement opiacé, ils n'ont que leur Subutex. Et là j'avoue que je dois en avoir trois, et c'est des gamins que je connais depuis qu'ils sont tout petits. Ahh mais non voilà excusez-moi j'étais pari en cancéro là... Donc les sevrages de traitements, on essaye, on se bat avec, mais j'ai beaucoup de mal moi. J'ai 3 jeunes que je connais depuis qu'ils sont tout petits, qui viennent régulièrement (ton désabusé) chercher leur truc... Y'en a une, si, qui a réussi à se sevrer, c'était pas une cliente à moi d'ailleurs celle-ci à l'origine ; qui avait de gros problèmes psychologiques, mais qui a réussi à gérer, et qui apparemment - apparemment - va bien, de ce que j'en sais. Ça doit faire 5 ou 6 mois que je l'ai pas vue, mais enfin bon. Mais autrement, non, je dois dire que j'ai beaucoup de mal, quand on arrive à gagner 2mg on est content et je me bats pas avec, parce que tant qu'ils prennent pas ailleurs... mais j'avoue que je suis un petit peu déçu quand même par les comportements de ces gens-là.

E – Justement, d'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il est facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patient ?

MG 1 – Ben non ben justement on a souvent l'impression parce qu'il sont très... Il savent y faire, souvent. Quand ils sont pas dans un comportement violent parce qu'ils arrivent dans une période où le manque est tel qu'ils feraient n'importe quoi, c'est vrai qu'ils ont quand même toujours la manière, ils vous racontent des conneries, enfin j'ai en particulier en tête le dernier que j'ai vu, qui a mis ses parents dans une situation épouvantable, et il arrive là, il est gentil, il est sympa, et vous lui donneriez le bon dieu sans confession. C'est vachement difficile pour ces gusses là, maintenant j'avoue que ça m'agace, parce que je sais comment il est, je sais comment rament ses parents, je lui donne son Subutex, et je lui dis faudrait quand même que t'essayes de faire quelque chose un jour pour diminuer tes doses... mais je suis persuadé qu'à coté il continue à goûter à d'autres choses, même si c'est pas très méchant j'en sais rien j'ai pas de preuves, mais enfin... Parce que vu les emmerdes qu'ont les parents, c'est pas pour payer le Subutex.

E – Est-ce que par exemple, lui ou un autre, a déjà essayé de vous solliciter sur des histoires de perte ou de vol d'ordonnance, ou de traitement ?

MG 1 – Alors... Il nous a pas piqué d'ordonnances... Mais c'est toujours un problème de date, ya toujours un « truc de date », pour l'instant il anticipe pas tellement il vient chercher l'ordonnance il demande de la dater 3 jours après... Mais j'ai pas de... Enfin il Ya un flou.

E – Alors, par contre, qu'elles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge pour substitution ?

MG 1 – Refuser ? Ben.. Si le mec il a une substitution, enfin je sais qu'il a une substitution parce que j'ai la preuve, qu'il en a besoin, ben je vais donner hein ? Je vais pas lui en donner pour très longtemps, je lui dirai « tu reverras avec ton médecin habituel » mais je vais le dépanner. Ya que ceux... Les rares fois où ça s'est mal passé c'est quand il y a eu des

violences au niveau du secrétariat, où c'est elle qui trinque. Et là dans ces cas-là, on gicle.

E – Et dans les cas où vous refusez ces prises en charge, est ce que vous donnez une alternative ?

MG 1 – Ben le type qui vient et qui reste à peu près correct, et qui veut son produit, il va avoir son produit. On va pas lui refuser simplement parce qu'on connaît pas... A la limite on téléphonera au médecin, si il a les coordonnées ou qu'il nous donne un nom, on va téléphoner, ou au pharmacien. Mais refuser non, sauf quand il y a agression au niveau du secrétariat, là non seulement on fout dehors mais en plus on prévient la police.

E – Ça a déjà posé des problèmes au niveau des salles d'attentes aussi ?

MG 1 – Oui quand on a une salle d'attente qui est pleine avec des gosses et le type qui arrive et qui fait scandale, oui ça c'est produit. Ça se produit beaucoup moins, faudrait demander aux secrétaires, mais depuis un an ou deux on n'a plus tellement ça parce qu'effectivement ils vont chez un médecin qui les reçoit, et puis ils se donnent le mot en général, ils le connaissent le gars, et puis ça nous arrange tous, je peux vous dire, franchement. (rire)

E – Quand vous le mettez dehors est-ce que vous pensez agir aussi dans son intérêt ?

(Question mal comprise, mal formulée certainement aussi, qui n'allait pas dans le sens de l'intérêt « immédiat » du patient)

MG 1 – Quand on le met dehors je suis pas sûr qu'on agisse dans son intérêt, là on se préserve, mais d'une façon générale on va pas laisser les gens dehors sans leur truc si on peut les dépanner au moins d'une journée. Il arrive qu'on fasse une prescription juste pour la journée et vous vous démerdez avec, parce que souvent c'est pas grand-chose qui leur manque quand ils viennent. On leur dit moi je veux bien, je vous connais pas je vous ai jamais vu, je vais pas vous laisser dans la merde je vous fais votre ordonnance pour une journée, ou donner (délivrer) à la journée pendant une semaine ça arrive aussi, mais on laisse pas les gens dans la merde en général.

E – Donc d'après ce que j'ai compris, vous n'avez pas vraiment de réticences à suivre ce genre de patient, le seul frein c'est que vous avez une activité très chargée.

MG 1 – Nous le frein principal, et c'est pour ça que le confrère dont je parlais ils vont beaucoup chez lui, c'est que nous on est sur rendez-vous, et ces gens-là ils ne viennent jamais sur rendez-vous. Donc nous on est tous sur rendez-vous ici donc ça pose problème, à moins qu'il y ait une remplaçante ou quelqu'un qui soit disponible et qui peut les voir, c'est vrai qu'on va pas faire passer ces gars-là devant tout le monde systématiquement pour s'en débarrasser non plus. Et ils attendent pas non plus, ils supportent pas d'attendre.

E – Et qu'ils prennent rendez-vous et ne viennent pas ?

MG 1 – Oui même avec mes gamins que je connais, mais ceux-là je me les gère, parce qu'ils me connaissent parfaitement, je les connais parfaitement, je peux leur dire ce que je pense et ils peuvent me dire leur ressenti.

E – Voilà merci je suis content qu'on ait pu recentrer la thématique.

MG 1 – Oui c'est vrai j'étais parti dans la cancéro et tout parce que notre prescription d'opiacés à nous c'est surtout quand même la pathologie cancéreuse et les douleurs, alors je pensais qu'en parlant de sevrage c'était de sevrer ces personnes-là car effectivement chez ces gens-là c'est quand même très fatigant. C'est quand même pire qu'avec les alcooliques, car les alcooliques on y arrive quand même des fois en s'aidant parce qu'il y a des structures qui marchent pas mal.

Mais... On connaît moins bien quand même, remarquez, les structures pour les toxicos.

E – Mais vous connaissez pas ...

MG 1 – Ben on envoie à Agora. Mais... On sait pas si ils y vont, on n'a pas de courriers.

E – Manque de retour ?

MG 1 – Ah du tout du tout on n'a pas de retour, et puis je comprends qu'ils soient occupés, ils savent pas d'abord quel est le médecin si ça se trouve, et quelque fois il doit y en avoir plusieurs, donc c'est vrai qu'on n'a pas d'échange avec ces gens-là... On se connaît pas.

E – Pour terminer, je m'éloigne du contexte de votre cabinet et de votre activité pour vous parler de la polémique qui concerne la mise en place à l'essai de salles de consommation à moindres risques. Vous savez de quoi il s'agit ?

MG 1 – Non

E – Ce sont des salles de consommation réservées aux usagers de drogues dans certaines villes d'Europe, Bilbao par exemple, où les héroïnomanes peuvent venir pour consommer leur drogue plutôt que dans la rue, et qui permettent de prendre contact avec eux, et de limiter les risques sanitaires, de contamination VIH et hépatite, entre autre, en proposant du matériel stérile, aussi les accidents de surdosage, et d'essayer de leur apporter un soutien pour un sevrage ou une substitution. Auriez-vous une opinion là-dessus ? Globalement une bonne idée ou pensez-vous que ce soit un problème de légaliser une pratique qui jusqu'à lors n'est pas légale ?

MG 1 – Ah non moi je pense que c'est une bonne idée, le problème c'est qu'il faudrait qu'il y en ait partout, à la rigueur même à Cognac il en faudrait un truc comme ça, alors le problème c'est qu'il faut du personnel quand même, c'est lourd. Déjà si on peut faire en sorte d'encadrer ça, et même si on peut arriver à faire baisser le cours des produits, qui fournit ?

E – En Suisse, il y a des protocoles d'héroïne médicalisée à l'essai. Mais seulement réservés aux cas les plus difficiles.

MG 1 – Moi je me dis qu'à la limite il faudrait presque en arriver là, arriver à casser le marché, ça me paraît une voie à creuser.

* *
*

MG 2

E – Est ce que vous avez déjà été confronté à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi ou d'un problème concernant un traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 2 – Oui

(Réponses en général concise, fermées, regard fuyant, discours expéditif en général)

E – Quelle en est la fréquence à peu près ?

MG 2 – J'ai une dizaine de patients.

E – A ce sujet est ce que vous avez déjà été confrontés à des situations difficiles vis à vis de vous-même, ou de votre patientèle dans la salle d'attente ?

MG 2 – Ça peut être des personnes qui sont difficiles et des fois qui sont... pénibles.

E – Est ce que vous pouvez me citer un ou plusieurs patients que vous prenez en charge pour une substitution mais que vous suivez pour autre chose ?

MG 2 – Non. Je ne les suis que pour ça.

E – Par contre avez-vous des patients que vous suivez pour autre chose mais qui par ailleurs ont une substitution mais qui ne gèrent pas ce problème avec vous ?

MG 2 – Non

E – Donc vos patients substitués ne viennent vous voir que pour ça.

MG 2 – Oui, mais sauf si ils ont une rhino ou une angine, ou un truc en plus mais en principe c'est que pour ça.

E – D'une manière générale, est ce que vous pensez que c'est facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 2 – Ça dépende des personnes, souvent c'est des personnes difficiles.

E – Est ce que vous avez des craintes, des appréhensions, par rapport à ce type de prise en charge ?

MG 2 – Non. Aucune.

E – Est ce qu'il y a des raisons, qui vous feraient refuser une prise en charge ?

MG 2 – Je leur pose un peu les conditions au départ parce que ce sont des personnes qui sont très... qui demandent souvent énormément de choses donc je ne suis pas toujours d'accord.

E – Vous établissez une sorte de contrat oral ?

MG 2 – Voilà c'est un contrat oral, où on doit venir régulièrement, à respecter les horaires, à respecter les jours de consultation et les horaires car c'est des personnes souvent qui respectent rien du tout. Donc à ce moment-là moi je suis pas d'accord, et c'est chacun de son côté.

E – Et les demandes qui sont un peu justement en dehors du contrat, comme les chevauchements trop fréquents, les histoires de perte d'ordonnance ou de vol de traitement...

MG 2 – Ça c'est des chose qui arrivent fréquemment, mais si c'est trop fréquent, c'est une rupture de contrat.

E – Dans ces cas-là est ce que vous leur proposer une alternative ? Comme un confrère ou une structure.

MG 2 – Les personnes que je vois régulièrement et qui par exemple ont un suivi par Agora aussi, ça va. Mais les personnes qui veulent faire n'importe quoi, au bout d'un certain temps, moi je casse le contrat et c'est terminé ils vont voir... Ailleurs. Ceux qui ne respectent rien du tout, je... je ne fais plus.

E – Quand par exemple vous dites que vous ne prenez plus en charge et que vous cassez tout, vous pourriez dire que vous agissez dans l'intérêt du patient ou pas ?

MG 2 – Si vous voulez, quand je ne veux plus voir la personne d'abord je le leur fait comprendre et ils partent d'eux-mêmes, si ils ne veulent pas se plier aux règles d'un cabiner,

les horaires et ceci et cela, ils partent de même, c'est pas moi qui les mets.. Je n'ai jamais refusé quelqu'un, mais ils partent d'eux-mêmes. Quand ils arrivent et qu'ils ne veulent pas respecter des trucs, il n'y a pas de secrétariat, ils tombent sur une porte fermée, et ben ils vont voir spontanément ailleurs.

Et moi à ce moment-là, ça me va très bien aussi.

E – Une question plus générale, qui ne concerne pas votre cabinet ou la substitution, vous connaissez ce qui se fait dans d'autres pays pour les toxicomanes, en matière de réduction des risques, les salles de consommation supervisée...

MG 2 – euh... Oui oui

E – En France il y a eu des polémiques à propos de la mise en place de ce genre de structures...

MG 2 – Ah je suis tout à fait contre, totalement contre.

E – Parce que...

MG 2 – Parce qu'il y a besoin d'avoir un contact, parce qu'il y a besoin d'avoir un suivi, il ya besoin d'y avoir une prise en charge et je pense que dans ces trucs-là, ya pas, ya pas.

E – Oui de toute manière on se situe ici dans la réduction des risques, pas dans des démarches de substitution, mais j'ai compris. Je voudrais revenir sur un point, je vois que c'est un sujet pour lequel vous avez quand même de l'intérêt puisque vous vous en occupez, c'est une thématique assez récente par rapport à votre culture médicale. Vous vous êtes renseignés sur le sujet par le biais de la littérature, par le biais de séminaires ou autre ?

MG 2 – Littérature essentiellement, non les séminaires il n'y en a pas ou très peu, et après c'est au contact des gens, on se forme petit à petit moi j'en fais depuis ... je sais pas... 10 ans. Donc euh, je suis mais je pose... je pose mes conditions avant.

Et j'ai eu d'excellents résultats avec des personnes, sérieuses, mais ceux qui veulent

faire n'importe quoi, non. Je refuse non, non. Je prends en charge et je suis, si ya besoin d'un chevauchement, je suis tout à fait d'accord, on en discute ya pas de problème, mais à condition que ce soit dans des doses normales... voilà. Ou si je m'aperçois qu'ils s'en servent pour faire du trafic ou autre chose, là le contrat est totalement, rompu.

E – Et est-ce que vous vous fixez aussi une limite de nombre en patientèle, si vous en aviez un peu trop à votre goût vous essaieriez de limiter ?

MG 2 – Je ne veux pas faire que ça.

E – Ben écoutez je vous remercie, j'ai eu des réponses claires nettes et précises.

(me coupe)

MG 2 – Pour moi c'est une prise en charge, c'est quelque chose si vous voulez... Bon je le fais parce qu'il faut le faire, bon souvent c'est des gens qui ont euh... qui sont difficiles, parce qu'ils ne respectent rien, donc si vous voulez pour que ça puisse marcher, ya besoin d'une confiance, d'une entente, d'un rapport fixe. Quand c'est fait dans des buts commerciaux ou pour aller voir 36 médecins, quand je m'aperçois de ça, ça ne marche pas.

E – Ok, et des comportements comme les injecteurs par contre, ceux qui vont s'injecter leur comprimés qu'ils vous le cachent mais c'est difficile ou qu'ils vous le disent...

MG 2 – Non ça ne se cache pas ça se voit. Donc si je les examine je le vois.

E – Ça vous pose un problème particulier ?

MG 2 – Y'en a très peu qu'ils le font, moi j'en ai très peu qui le font. Ceux qui respectent, qui respectent les trucs, ils ne le font pas. Ceux qui ne respectent pas et que je ne vois plus le font, oui.

E – Pour vous c'est une condition rédhibitoire.

MG 2 – Moi je respecte une certaine euh... Je veux bien faire mais pour que ce soit bien fait il faut qu'il y ait un respect des choses. Voilà.

Autrement non, et quand ils viennent ici et qu'ils sont pas d'accord et bien ils s'en vont.

E – Très bien je vous remercie beaucoup.

* *
*

MG 3

E – Avez-vous déjà été confronté à des patients dans le cadre de l'instauration, d'un suivi, ou de problèmes relatifs à un traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 3 – Souvent.

E – A quelle fréquence à peu près ?

MG 3 – D'instauration de Subutex, j'en ai une tous les 6 mois voire tous les ans, et des suivis j'en ai un tous les 15 jours voire un par semaine.

E – Donc actuellement combien de suivis ?

MG 3 – Trois

E – Est ce que vous avez déjà été confronté à des situations difficiles, vis à vis de vous-même ou de votre patientèle par rapport à ces patients ?

MG 3 – Ben à chaque fois qu'on met un rendez-vous parce qu'il y a une date limite d'ordonnancier, c'est tous les 7 ou 14 jours, bien quand ils sont pas à l'heure ou qu'ils viennent pas ben ils décalent leur prise et on sent que c'est le problème quoi. Donc ils téléphonent le soir avant de partir ou le lendemain en disant "j'ai pas pu venir hier soir, mais elle veut pas me donner à la pharmacie le médicament sans l'ordonnance", voilà, c'est pour ça que... On met des règles d'emblée quoi.

E – Ces patients que vous suivez pour substitution, est ce que vous les suivez pour autre chose aussi ?

MG 3 – Non, ils sont très jeunes donc...

E – Et sur un problème somatique aigu ils pourraient s'adresser à vous ?

MG 3 – Oui, oui ils peuvent venir, ils viennent.

E – Par contre est ce que vous avez des patients que vous voyez pour d'autres choses, mais dont vous savez ou pensez qu'ils ont un traitement de substitution par ailleurs, mais qui ne gèrent pas ça avec vous ?

MG 3 – Non

E – D'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il soit difficile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 3 – Non, non non, c'est assez facile. Maintenant est ce qu'il y a des vrais... Je pense qu'on est dans le maquillage tout le temps... Ils nous racontent ce qu'ils veulent et nous on raconte aussi nous du moment qu'on a le... Qu'ils arrivent à l'heure, on se dit c'est déjà pas mal... Quand ils perdent pas trop de poids ça va... Euuuuuh.. Voilà.

J'pense que tout le monde euuh...

E – Vous avez déjà été confrontés à des mésusages par exemple ?

MG 3 – Euh, je peux pas le savoir ça. Est ce qu'ils en font d'autres finalités ?

E – Oui par exemple ya des injecteurs aussi...

MG 3 – Voilà voilà est ce qu'ils le vendent, ou qu'ils... J'en suis persuadé, maintenant euh.. Pff.. Voilà.

Je sais aussi que si je vais *trop à fond* (pas clair sur l'enregistrement), si je les tyrannise, ils viennent plus. Mais ceci dit c'est un truc de longue haleine quoi. On n'est pas là pour... A mon avis ils s'épuiseront avant nous. Soit ils s'en iront, soit ils s'épuiseront avant nous.

E – Est ce que vous avez des relations avec des réseaux? Ça vous arrive ?

MG 3 – Euh... Le réseau Agora, j'initialise souvent avec eux. Comme ça ça fait montrer qu'on prend pas son cas à la légère, mais bon ils n'y vont pas, c'est sur Angoulême, c'est 40 km, tous les 7 jours, tous les 14 jours ils reviennent ici quoi. Une fois ou deux et puis terminé.

E – Les fois où vous sollicitez un réseau par exemple et que le patient y va, est ce que vous avez des retours ?

MG 3 – Ouais ouais, enfin, c'est toujours pareil, ils sont contents parce qu'on les a pris en charge et tout ça mais... Ils sont dans leur monde quand même..

E – Non mais je veux dire des retours des médecins, des équipes d'addictologes.

MG 3 – Euuh, non non.. Non non.

Non parce que je suis pas à Angoulême, je suis à Cognac, donc ils y vont une fois, puis après ils y vont plus, donc ya pas assez de suivi.. Non.

E – Qu'elles sont les raisons qui pourraient vous faire refuser un type de prise en charge ?

MG 3 – La non observance, des délais, on joue que là-dessus. On met « à délivrer par telle pharmacie », on met la date. Et voilà.. La non observance.

Ils viennent pas deux fois, ou ils paient pas, ça m'est rarement arrivé, mais je pense que, à moment donné quand on a des dus, les gens qui viennent avec 200, ou 300€ de retard de paiement, alors qu'on sait très bien que... ils arrivent à s'en fournir hein ? Ou le Subutex est pas suffisant donc voilà. Mais c'est assez... Moi ça m'est pas arrivé. Mais des retards oui. Deuxième ou troisième retard on dit c'est fini, faudra aller voir ailleurs parce que moi, je travaille que sur consultation donc faudra aller voir quelqu'un d'autre.

E – Justement comment vous faites dans ces cas-là, vous indiquez directement quelqu'un d'autre ?

MG 3 – Ah non non comme on est sur rendez-vous c'est simple, c'est la troisième fois, ça sera plus la peine de venir, je m'adresse à lui directement.

E – Mais vous suggérez quelqu'un d'autre ?

MG 3 – Ah non non pas du tout.

E – Très bien merci, je voudrais juste vous poser une dernière question qui n'a rien à voir avec votre activité au cabinet, ça concerne la politique de réduction des risques en général, est ce que vous avez déjà entendu parler d'un sujet qui a fait pas mal polémique l'an dernier, concernant l'éventuelle mise en place de salles de consommation dans certaines villes ? Ça concerne les usagers de drogue par contre pas les gens en cours de substitution...

MG 3 – Oui oui oui je vois très bien

E – Vous avez une opinion globale sur le sujet ?

MG 3 – Mmm, Pfff.. Moi je pense que c'est pas mal hein ? Je pense que quand ils vont là-dedans c'est vraiment la main forcée hein. C'est qu'il ont vraiment aucune structure, à la limite, c'est pas vraiment un assistanat, c'est obligé de faire ça sur place, c'est pas du tout ce qu'ils recherchent, c'est pas mal. A mon avis c'est bien, je pense que ça doit dépanner beaucoup de médecins généralistes dans des grandes villes, les gars qui peuvent pas et qui sont en manque, de toute façon c'est ce qu'on fait déjà à l'hôpital hein, quand ils sont dans des manques ils arrivent aux urgences à trois heures du matin, donc... Bien encadré là aussi, avec des gens qui ont de la poigne, ça peut aller. Je pense c'est bien. De toute façon ils préfèrent venir ici hein, prendre leur Subutex ou de la méthadone, que d'aller dans un truc comme ça parce que pour eux... Mais quand même c'est bien. (concept pas compris a priori)

E – Mais ces salles ça concerne plutôt les usagers d'héroïnes hein ??

MG 3 – Bien sûr bien sûr.. Mais j'trouve ça bien.

E – Donc on pourrait dire que vous les considérez plus comme des patients que comme des criminels ou des sociopathes ? (question trop orientée)

MG 3 – Ah oui tout à fait tout à fait.

* *
*

MG 4

E – Comme vous êtes la plus jeune que j'ai vue pour le moment, vous avez peut-être déjà eu une approche de l'addictologie à la faculté ?

MG 4 – Un petit peu mais pas tant que ça je pense peut être que vous en avez eu plus ?

E – Non non moi c'est pareil, 2 heures dans le deuxième cycle. Mais comme la substitution est une pratique très récente, vous faites partie des rares qui...

MG 4 – Ouais mais je suis pas sûre que j'ai eu une formation très importante, en fait j'ai remplacé un médecin qui voyait beaucoup de toxicos donc j'ai fait beaucoup, et j'ai appris je pense plus sur le terrain, que par rapport à la fac, quoi. Non on a eu très peu, très peu de formation quand même malgré tout. Même si je suis plus jeune que les autres. Faudrait que je ressorte mes cours mais à mon avis ça a été très succin, ce qui est dommage, ma foi.

E – Donc. Dans le contexte de ce cabinet ci, est ce que vous avez été confrontée à une demande d'instauration, de suivi, ou d'un problème relatif à un traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 4 – Oui.

E – A quelle fréquence à peu près ?

MG 4 – Peu... Là par exemple actuellement j'en ai trois. Euuuuh.. Ben c'est tout. Trois patients, dont j'ai pas instauré. C'était des patients qui étaient déjà sous traitement, et dont je continue le suivi.

E – Qui avaient été instaurés par un autre médecin, ou un centre ?

MG 4 – Alors y'en a un, qui avait été instauré par un autre médecin, un autre c'est par un centre d'Angoulême, et un autre qui arrive dans la région là, qui vient d'emménager, et il était suivi par un centre aussi. C'était à Dijon, il était suivi par un centre et comme là, du coup, ya pas de centre, et qu'il habite dans la ville là, donc voilà.

E – Alors est ce que vous avez déjà été confrontée à des situations difficiles vis à vis de vous-même, ou même du reste de la patientèle par rapport à ce type de patient ?

MG 4 – Euh non pas vraiment.

E – Et par ailleurs est ce que vous avez déjà eu des demandes que vous avez refusées ?

MG 4 – Oui, des gens qui venaient ou qui téléphonaient pour des renouvellements, alors que j'avais pas d'ancienne ordonnance, j'avais rien du tout. Donc non, j'ai pas fait. Voilà. Ça m'est arrivé une fois je crois.

E – Donc pas tant que ça en fait.

MG 4 – Non non, pas tant que ça. En sachant que... Bon... Ya des médecins sur Cognac qui sont euh.. Enfin les patients le savent, quoi. Donc ils vont directement vers eux, ils se le disent entre eux et donc, ils se forment un réseau entre eux, ils savent où il faut aller demander.

E – Là où c'est plus « facile » ? (question trop orientée)

MG 4 – Voilà.

E – Concernant vos patients, est ce que vous les prenez en charge pour d'autres pathologies ?

MG 4 – Oui, je suis leur médecin référent.

E – Et est-ce que vous avez des patients que vous suivez pour d'autre chose, et qui ont une substitution ou que vous le soupçonnez mais ils ne vous l'avouent pas, et qui sont suivis ailleurs pour ça ?

MG 4 – Pas à ma connaissance.

E – D'une manière générale est ce que vous pensez que ce soit facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 4 – Euh, c'est difficile à dire, j'ai pas eu de problèmes alors je pourrais dire oui, mais je ne sais pas si c'est très représentatif en fait. Parce que les trois que j'ai, j'ai de la chance, j'arrive bien à parler je sais quand ils ont respecté ou

pas respecté, on parle « pourquoi », là ça va, mais est-ce que c'est représentatif je sais pas. J'ai pas beaucoup d'expérience non plus quoi donc.

E – Quand vous dites respecté ou pas respecté c'est surtout pas rapport à des délais ?

MG 4 – Oui. Les chevauchements, ou si ils ont re-consommé à côté. Ça peut arriver.

E – Est ce que vous avez déjà été confrontée à des mésusages par exemple. Des injecteurs...

MG 4 – Non.

E – Par contre, quelles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge ?

MG 4 – Euh.. Des raisons qui me feraient refuser une prise en charge... au long cours ? Ben... Je suis pas sensée en avoir, je pense pas, parce qu'on est quand même là pour les aider donc non. Je pense pas, ben après je pense que si la personne était agressive avec moi ben peut être que je dirais que c'est plus possible, mais comme tout patient, c'est pas que ces patients-là.

E – D'accord. Ce serait plus par rapport à un comportement, quoi.

MG 4 – Oui , ah ben oui, mais comme pour tout patient, enfin j'veux dire, c'est pas qu'eux, je les distingue pas des autres quoi.

E – Dans une situation comme ça alors, vous auriez une alternative à proposer au patient ?

MG 4 – Quelqu'un d'autre vous voulez dire ? Ben le centre, je leur proposerais le centre, à Angoulême. Parce que pour nous c'est plus Angoulême quand même, même si c'est difficile. Je leur proposerais le centre, ou après je leur demanderais d'aller voir un autre confrère. Voilà si je me sens pas à l'aise avec le patient voilà, mais ça c'est pas parce que c'est un toxico, c'est comme tous les jours, quoi. C'est n'importe qui.

E – Ok merci. J'ai une question qui est d'ordre un peu plus générale en dehors de contexte de votre cabinet et de votre activité. Un sujet qui a fait polémique, l'essai de la mise en place des

salles de consommations à moindres risques dans certaines agglomérations, est ce que ça vous parle ou pas ?

MG 4 – Oui j'en ai entendu parler oui, pour limiter les risques...

E – Oui les risques infectieux, les troubles de l'ordre public et la sécurité des usagers. Ça a fait un peu polémique en France pour des raisons politiques et légales, je voudrais juste avoir votre avis là-dessus.

MG 4 – Oui pourquoi pas, si on limite les agressions, enfin tout ce qui est lié à la toxicologie, après pour la prévention même au niveau médical c'est encore mieux, quoi. Mais après, c'est la grande question, est ce qu'après du coup y'en a pas d'autres qui... je sais pas trop, mais pourquoi pas.

E – Cette question c'était surtout pour avoir votre point de vue sur la politique de prévention des risques.

MG 4 – Ah mais on aime ça la prévention des risques, plus on fera de la prévention, mieux ce sera parce qu'on est de la génération prévention. C'est la nouvelle philosophie médicale.

E – Y a t il autre chose que vous auriez aimé évoquer ?

MG 4 – Ben non, mais enfin j'ai pas grande expérience non plus.

E – Et en revenant sur votre expérience antérieure au cabinet notamment quand vous remplaciez ?

MG 4 – Ben c'était en Charente Maritime je sais pas si vous allez jusque-là mais c'est pas loin, c'est à [REDACTED], c'est à la limite de Cognac. C'était, au sein de sa clientèle, qu'il y avait beaucoup de toxicos, qui étaient en cours de substitution, dans un petit village en fait. C'était impressionnant. Ils avaient tous le même âge, ils avaient tous commencé en même temps, et non ça se passait bien, parce que même si lui c'était un homme médecin, moi j'étais une femme beaucoup plus jeune, et j'ai jamais eu de souci quoi. Y avait le respect, même au début quand j'étais un peu perdue sur

les prescriptions... Ils en connaissent beaucoup plus que nous. Mais ça c'est bien passé, j'ai jamais eu de problème.

Et puis là je vous parle d'un tout petit village, et c'était impressionnant, quoi, c'était la même bande ils avaient tous le même âge, c'était des copains, ils avaient commencé ensemble, il y avait des familles entières quoi y avait 3 4 enfants ils étaient tous consommateurs.

E – Dans le milieu de la viticulture moi aussi ça m'a surpris.

MG 4 – Alors dans ce milieu, il y a beaucoup l'alcoolisme et c'est parfois lié, enfin sur les trois j'en ai qu'un qui est aussi alcoolique. Donc en fait quand ils consomment pas, c'est qu'ils consomment de l'alcool, ces cas c'est compliqué aussi, à gérer quoi. Après ya aussi les consommateurs de cannabis, mais ça, c'est tout âge confondu, donc ça on en parle pas mal sur les consults ados, je suis assez ouverte donc j'en parle pas mal, et des fois les parents... Ya des chocs parce quand on demande « tu fumes », c'est « non non » mais je dis « tu fumes pas euh.. de l'herbe.. tout ça... » et « oui, oui, ça je fume » et là le parent... Il y a beaucoup de cannabis ici. Bon après ya forcément de plus en plus, d'autres substances, je connais pas tout, quoi, parce que dans les soirées, ils font des mélanges extraordinaires, alors moi je suis larguée quoi, parce que des fois j'entends parler de trucs que je connais pas.

C'est surtout dans les soirées, les lycéens... Et puis bon à Cognac ya « un tout petit peu d'argent », donc, et donc ça appelle à... enfin ils ont de plus en plus de facilité pour en avoir. Si si on le sait quoi, on voit des jeunes parfois pour nous voir, ils ont consommé une fois, ils ont été malades et tout donc forcément ils viennent en consultation, et donc y'en a c'est bon ça les a vaccinés, ils ont été tellement malades, ils ont eu tellement peur de mourir que c'est bon, ils se sont fait peur tous seuls. Après forcément y'en a certainement d'autres, où on sait pas encore, quoi.

* *
*

MG 5

E – Donc vous avez déjà été confrontés à ce type de patients, dans le cadre de l'instauration, du suivi ou d'un problème de traitement de substitution à l'héroïne. Là actuellement, des patients avec un suivi, vous en avez combien à peu près ?

MG 5 – 20-25

E – Et est-ce que vous avez des premiers recours ou des gens qui viennent vous voir en dépannage ?

MG 5 – Euh, moins de premiers recours, plutôt des gens qui viennent de cabinets qui ferment. Je vous avais expliqué le cas de mon collègue, qui était un gros prescripteur de substitutifs et donc qui avait une grosse clientèle donc qui s'est répartie chez les autres médecins. Bon, tout en sachant que moi, j'ai la réputation de les accepter. Donc forcément ça en attire un peu plus, ce qui forcément, euh... ne me réjouit pas... Forcément hein ?

Puisque je ne veux pas me spécialiser dans le traitement des toxicomanes.

H – Est ce que vous avez des venues de manière sporadiques aussi ?

MG 5 – Euh.. C'est rare. Des gens ponctuels on s'en méfie un peu, parce que quand ils sont du coin, c'est à dire que c'est des gens qui picorent dans divers cabinets quoi. Ils font du nomadisme, c'est quand même des patients à surveiller, il faut faire attention quoi.

E – Est ce que vous avez déjà été confrontés à des situations difficiles vis à vis de ces patients ?

MG 5 – Difficiles, vous voulez dire violentes ? Non, non. Y'en a que j'ai envoyé promener parce qu'ils exagéraient, mais bon, ils l'ont pas trop bien pris mais c'était pas violent. Ils se sont au moins contenus. Voilà.

E – Et vis à vis du reste de la patientèle par exemple, dans la salle d'attente ?

MG 5 – Non, parce que j'en vois un ou deux par jour, c'est pas un envahissement, et puis, la

plupart sont des gens qui travaillent quoi, c'est pas... C'est pas du quart monde hein ? Sauf un ou deux, mais la plupart sont des gens qui travaillent, qui sont sociabilisés, grâce au traitement. C'est un des gros avantages du traitement, c'est que ça leur permet de travailler et de ne pas se ruiner, enfin, de dépenser tout leur argent avec le produit originel, c'est à dire l'héroïne hein ? Moi je suis assez content de ces traitements substitutifs, parce que, je pourrais dire que les trois quarts de mes patients travaillent.

E – Est ce que ces patients-là, viennent aussi vous voir pour d'autres pathologies ?

MG 5 – C'est vrai que les patients que je vois pour une substitution, en général, je ne les traite que pour ça. Au départ, mais après, en général, on signe un papier de médecin traitant pour qu'ils soient remboursés hein ? Donc après ils viennent. Mais c'est vrai que certains me disent, « j'ai un médecin traitant mais je veux pas le voir pour ça parce que j'ai honte, ça me pose problème, il soigne mes parents, donc il risque de leur dire... » Enfin bon bref... Pour ceux dont les parents ne sont pas au courant de leur intoxication, quoi.

E – Et par contre des patients que vous suivez pour d'autres pathologies somatiques, et qui ont une substitution par quelqu'un d'autre ?

MG 5 – Ça je ne le sais pas. Dans ce cas-là je ne le sais pas. Peut-être qu'en allant sur ameli.fr on pourrait le savoir mais je ne cherche pas à le savoir. Je suis d'un abord assez facile, je pense qu'ils me le diraient, encore que bon, on n'est jamais sûr de rien. Faut dire que, pour revenir à la question précédente, c'est quand même des gens assez jeunes, qui ne dépassent guère 35 ans, donc ils n'ont pas une consommation médicale autre, tellement importante, hein. C'est peut-être pour ça aussi qu'ils n'ont pas de médecin traitant autre que moi puisqu'ils ne vont pas consulter beaucoup. Ce que je soigne, c'est quand ils ont mal au dos, ils ont de la fièvre, et cetera, des choses aiguës. Parce qu'ils sont jeunes, c'est plutôt des rhumes ou autres, et encore ils ont pas l'air tellement atteints par ces pathologies-là.

E – D'accord. D'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il est difficile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 5 – Pff... Bon moi je... Bon, je sais qu'on se fait rouler hein ? Ya pas de mystère hein ? Faut savoir l'accepter, bon, ils sont un peu menteurs, parfois, nous aussi les médecins parfois on est menteurs. Avec certains, j'ai des doutes. Je leur en parle, ils me disent « non non docteur etc... ». Y'en a où je sais qu'ils sont réglos. Encore que y'en a un qui m'a dit un jour « Ben, ça faisait 3 ans que je me l'injectais, je vous l'ai jamais dit. ».. Et là je me suis dit « Tiens merde.. »... Voilà. Donc, en général, ceux qui sont bien insérés dans la société, je pense que... Alors parfois ils m'avouent tout simplement que lors d'une soirée, ils ont eu de la poudre, enfin, ça circulait, et qu'ils n'ont pas pu résister. Voilà Il y a des petites rechutes ponctuelles comme ça, qui remettent pas en cause leur substitution, finalement. Je leur dis « évitez de vous mettre dans ces conditions-là », c'est tout.

E – S'ils vous en parlent spontanément c'est qu'il y a une relation de confiance, finalement.

MG 5 – Oui voilà tout à fait moi je leur dis toujours « je suis pas là pour vous engueuler, je suis là pour vous soigner ». Et puis, si ils veulent continuer leur intoxication à l'héroïne, moi ça ne me dérange pas, je veux dire... c'est leur problème. Ici ils viennent se substituer. Ce que je leur dis d'éviter, c'est de se substituer la semaine, et puis le week-end, de consommer, ce qui se fait souvent, ou qui peut se faire. Bon ça il faut savoir à un moment donné, se séparer de ce fonctionnement.

E – Et par rapport aux mésusages, aux injecteurs ?

MG 5 – Les injecteurs, y'en a moins on a surtout des sniffeurs. Bon les injecteurs, oui, au départ, ils ont tous essayé de s'injecter le Subutex ça c'est clair et net, hein, après euh... Le problème des injecteurs... Bon vous savez que nous médecins généralistes, on ne peut pas prescrire de la méthadone, et si vous triez grosso modo la façon de traiter les gens, les sniffeurs, c'est plutôt le Subutex, et les injecteurs, c'est plutôt la méthadone. Or la méthadone, nous on ne peut pas la donner, donc il faut qu'ils aillent à Agora, c'est à

Angoulême, tous les jours. Donc ça fait 40 km, aller-retour 80, avec les frais qui s'y attachent. On ne peut même pas passer de la méthadone en sirop, à la méthadone en gélules nous. Ce qui est quand même un petit peu sot... Bon c'est comme ça c'est comme ça....

E – Mais des relais vous n'en avez pas ? Parce que c'est les primo-prescriptions qu'on ne peut pas donner.

MG 5 – Oui, mais les primo-prescriptions durent quand même trois mois. Ça fait long, surtout qu'ils y viennent tous les jours, après un bout de temps c'est toutes les semaines, et c'est des gens qui sont financièrement... Ou alors ça leur prend du temps, ils bossent, ils peuvent pas aller à Angoulême tous les jours, ou même deux fois par semaine. C'est un peu l'inconvénient, c'est ce qui nous bloque au niveau méthadone, parce que je pense que la méthadone dans certains cas est plus efficace.

E – Et des injecteurs de Subutex vous n'y êtes pas trop confrontés ?

MG 5 – J'en ai eu, ça se voit, c'est les fameux... ceux qui ont les mains gonflées... Ben on leur explique, j'ai eu des abcès, sous Subutex... ça a frôlé l'amputation, dans certains cas, c'était accidentellement injecté dans l'artère, je suppose. Oui des problèmes de ce type-là. Mais bon, ça s'est calmé, maintenant il y en a peut-être un peu moins.

E – Par contre, est ce que ça vous est déjà arrivé de refuser des prises en charges, et pour quelles raisons ?

MG 5 – Non. Non, je peux refuser quand ils reviennent de façon vraiment... n'importe qu'elle date, qu'ils ne respectent pas du tout le truc, qu'ils viennent avec une avance de 15 jours sur les 28, alors je demande pourquoi. Si ils ne peuvent pas me donner la raison, mais non j'ai jamais... Non j'ai menacé que si ça continuait comme ça de ne plus les soigner, mais c'est tout.

E – Le recadrage suffit en général ?

MG 5 – Oui c'est ça le recadrage suffit, mais qu'ils choisissent, dans ces cas-là moi je suis très net, je dis « si vous préférez l'héroïne, ben vous prenez l'héroïne », mais bon pas les deux,

c'est Subutex, ou héroïne. Mais bon je tolère qu'il y ait des excès parfois mais il ne faut pas que ce soit héroïne 15 jours et Subutex 15 jours, ça sert à rien.

J'ai un patient c'est vrai, qui avait disparu pendant un an, qui était revenu à l'héroïne, et puis qui est revenu. J'ai pas refusé, hein ? Il n'y a pas de raison, il m'a dit « pendant un an, j'ai eu des emmerdes... », parce que finalement, l'héroïne, c'est quand ils ont des emmerdes que ça revient.

E – Comme des accidents de parcours ?

Mg 5 – Ben oui en fait. Mais bon, que voulez-vous, il y a les alcooliques, il y a les tabagiques... il y a un juste milieu à trouver, quoi. On n'est pas là pour les engueuler chaque fois qu'ils font un petit écart, on leur signale que c'est pas bien, qu'ils pourraient faire attention, etc... C'est pas dramatique, mais qu'ils modifient leur relation, parce que finalement c'est surtout ça, et puis... et puis voilà.

E – Est ce que ça vous est déjà arrivé d'en adresser directement à l'addictologue ?

MG 5 – Alors ça nous arrive quand on veut les passer à la méthadone. Parce que ils nous disent « le Subutex ça me va pas et puis, j'ai goûté la méthadone en ville, c'est beaucoup mieux », c'est surtout les injecteurs, mais pas uniquement non plus. Je leur dis « faut passer par Agora parce que moi je ne peux pas vous prescrire ». Mais il y en a un qui m'a roulé, qui est allé voir un autre médecin, et qui est arrivé avec de la méthadone, je savais qu'il avait pas respecté le passage par Agora, je lui ai dit « bon ben puisque maintenant vous êtes sous méthadone depuis trois mois, ben on va pas vous l'arrêter », il a violé un peu le parcours, c'est un patient qui est, par ailleurs très sympathiques, mais qui est pluri-addictif, champignons, LSD, alcool.... là c'est malheureusement ingérable... Il va pas faire de vieux os, celui là. Gentil mais... bon.

E – Je reviens un peu sur les réseaux, sur Agora notamment, est ce que vous avez des retours ?

MG 5 – Oui oui ils me téléphonent, quand il sort quelqu'un de chez eux avec de la

méthadone, ils me disent « est ce que vous voulez le suivre, etc. », donc ça se passe dans les deux sens, ils savent que j'accepte les toxicomanes, donc ils me proposent.

E – Vous pensez qu'ils s'adressent préférentiellement à vous, pour les patients du secteur ?

MG 5 – Je sais pas, je sais pas si c'est préférentiellement à moi, ça je peux pas vous le dire, j'en sais rien.

E – Parce que certains de vos confrères semble, eux se plaindre d'un manque d'échange, de prise de contact, de manque de retour quand ils adressent.

MG 5 – Oui, il n'y a pas de grosse discussion, parfois je leur téléphone, quand j'ai besoin de renseignements supplémentaires etc..., oui c'est pas un réseau, vraiment très très... Ben, c'est des patients qui font peur... souvent parce que, ce que n'aiment pas mes collègues, ce qu'ils disent en général, c'est « Ils sont menteurs, ils font n'importe quoi etc... » c'est ça qu'ils leur reprochent. Ils sont menteurs. Mais, ya des tas de patients qui sont menteurs. Et puis inconsciemment je pense que les toxicomanes gardent une mauvaise image. Moi j'ai beau leur dire que les alcooliques c'est pareil, c'est parfois pire, dans l'état, des alcooliques on les voit parfois pires que des héroïnomanes, les tabagiques... mais bon le tabac... enfin bref... Mais bon. Ils ont du mal à accepter de se faire rouler. Parce que bon, faut bien accepter que 30% de nos prescriptions sont un petit peu déviées, c'est une moyenne, 20 à 30. Mais bon, le gain sur ceux qui jouent bien le jeu, fait que, ceux qui le jouent pas... ben tant pis. Faut pas, sous le prétexte qu'il y a des brebis galeuses entre guillemets, ne pas traiter les autres.

Et puis, ils économisent le Subutex, je vois les patients qui disent « j'veux diminuer j'veux diminuer » je leur dis « Mais non le but n'est pas de diminuer, le but c'est d'être bien substitué, de se maintenir, d'avoir une vie sociale, du boulot, et ensuite on voit, ya pas d'urgence », surtout que l'arrêt est une autre paire de manches.

Voilà moi je leur explique « je ne suis pas là pour vous rationner en Subutex, je suis là pour vous donner la bonne dose, je suis pas là non

plus pour vous en mettre des tonnes... », mais je n'hésite pas à augmenter, si je vois qu'ils ont tendance à reprendre de l'héroïne, parce qu'ils sont mal substitués tout simplement.

Et vérifier qu'ils prennent bien ça en une fois, parce que souvent ils fractionnent, comme les prises d'héroïnes. « non, non, ça il faut absolument que vous le preniez en une fois, parce que vous atteindrez le taux sanguin suffisant de substitution, sinon vous allez être toujours dessous et vous serez mal substitué ».

E – Est ce que ça vous est déjà arrivé, d'être directement confronté, ou d'avoir des doutes, sur une prescription qui va donner de la revente ?

MG 5 – Pfff, oui, bon, celui dont je vous parlais, je pense que parfois il doit en revendre peut être un peu. Bon, c'est difficile de savoir hein ? C'est difficile, vous savez, honnêtement, des fois je me dis « oui mais... Bon... »... Comment le savoir hein ? Ya pas moyen de savoir, je vais pas les priver sous prétexte que je me demande s'ils les revendent pas. D'après les statistiques, 30% qui est dévié, soit revendu, soit injecté, soit sniffé.

E – Vous êtes d'une génération plutôt ancienne de médecin, dans votre parcours, vous y êtes venus, à cause du terrain.

MG 5 – Oui voilà, parce que j'ai commencé à avoir des parents qui m'amenaient leur fils qui était toxicomane. Moi je me rappelle avoir fait, avant le subutex et les substitutifs, avec le Tranxène, le Catapressan, et les produits qu'on utilisait. Je me rappelle le Catapressan c'était un demi comprimé toutes les 2-3 heures, c'est un anti-hypertenseur, qui enlevait un peu le côté « état de manque ».

E – Et le Temgésic alors à l'époque ou pas ?

MG 5 – Temgésic non je l'ai jamais utilisé. J'ai été directement au subutex.

E – Et donc vous vous êtes renseigné par le biais de la littérature ?

MG 5 – Oui oui tout à fait je me suis tenu au courant, et on a eu un gars une fois, qui était venu nous parler des traitements substitutifs.

E – La visite médicale ?

MG 5 – Non pas la visite médicale, les produits n'étaient pas présentés, non, on avait eu une EPU sur la toxicomanie, j'y étais allé parce que j'avais des patients, et puis bon ils nous avaient parlé de ça. C'est vrai qu'au début ça fait un peu dealer. Bon, j'ai commencé avec 1, et puis ça ne se passe pas trop mal, puis 2, puis 3 mais bon, après tout. Moi, je les considère comme des malades hein ? Je les considère pas comme des voyous.

E – Lors de ces années-là, aviez-vous été confronté à des problèmes de comorbidité dans ce secteur ? Hépatites virales, VIH ?

MG 5 – Oui, alors tous les injecteurs sont hépatite C, tous. Et curieusement, tous guéris. J'en ai pas un sous traitement. Tous les injecteurs sont hépatite C positifs, mais ils n'ont plus de réplication virale. On peut même les considérer comme guéris.

E – Une dernière question. Je m'éloigne un peu de votre activité et de votre cabinet, je vois que vous êtes bien renseigné sur ces questions, je voulais savoir quelle était votre opinion sur la polémique autour du refus de mise en place à l'essai des salles de consommation à moindre risque dans les villes.

MG 5 – Moi ça ne me scandalise pas, des injecteurs il y en a moins quand même. Qu'ils fassent ça dans une salle, moi ça ne me dérange pas, alors qu'ils peuvent faire ça chez eux tranquillement. Mais ça ne me dérange pas. En suisse ils prescrivent même l'héroïne, alors en plus, produit offert, ou acheté, mais bien dosé, propre, contrôlé. A des prix abordables sans doute. Bon c'est une solution qui fait bondir les gens hein ? Parce qu'ils s'imaginent que le gars dans la rue il passerait et se dirait « tiens un petit coup d'héroïne ça me ferait du bien »... Non, n'est pas toxicomane qui veut hein ?

D'ailleurs c'est le problème hein ? Qui devient toxicomane ? On vous met une ligne d'héroïne sous le nez, qu'est-ce que vous en feriez... Rien sans doute. Moi je suppose, moi j'en ferais rien, ou une ligne de cocaïne je vais pas la sniffer. Mais certains vont le faire.

E – Bon très bien, j'ai toutes les réponses que je voulais. Est-ce que vous auriez d'autres points en tête que je n'aurais pas abordé ou qui vous tiennent à cœur ?

MG 5 – Euh... Oui, ce qu'on pourrait dire, c'est... La sociologie, des consommateurs. Moi j'ai tout... On va peut-être couper...

* *
*

MG 6

Mon rendez-vous engage directement la conversation et commence à m'expliquer son point de vue personnel vis à vis de la société et l'assistance aux substitués, il me parle d'un « gamin » qui aurait causé 2 accidents mortels et qui actuellement fait des allers-retours en VSL à Angoulême tous les jours pour chercher sa méthadone. Son discours pourra apparaître volontairement provocateur dans le ton, aussi, certains passages absolument non contributifs au sujet abordé ont été volontairement noircis, toujours dans un souci d'anonymisation.

E – Donc vous avez déjà croisé ce type de patients, plus particulièrement pour instaurer un traitement ? Vous en faites le suivi ?

MG 6 – Tout à fait, qui ont déjà une substitution et qui en général viennent pour que je leur renouvelle une substitution.

E – Quelle en est la fréquence à peu près ?

MG 6 – A l'heure actuelle je n'en ai plus depuis un an à peu près.

E – Il y a eu une période où il y en a eu plus ?

MG 6 – Non... Non... 2 – 3 par an si vous voulez.

E – Vous avez déjà été confronté à des situations difficiles avec ce type de patients...

MG 6 – Tout à fait.

E – Et vis à vis de votre patientèle dans la salle d'attente ?

MG 6 – Non puisque je suis sur rendez-vous donc ça... Et puis de toute façon....

J'ai des patients qui sont, socialement au-dessus du (mot inaudible. Groupe ?) qui arrivent dans des tenues qui sont tout à fait anonymes.

J'ai un principe c'est rester Caméléon...

E – Donc actuellement vous n'en avez pas en substitution d'après ce que vous m'avez dit, mais est-ce que dans votre patientèle, il y en a qui ont une substitution suivie par quelqu'un d'autre ? Que vous le sachiez directement ou que vous vous en doutiez...

MG 6 – Non non. A l'heure actuelle ceux qui sont sous substitution sont suivis par d'autres organismes.

E – Mais vous les voyez par ailleurs.

MG 6 – Oui

E – D'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il soit facile d'établir une relation de confiance avec ces patients ?

MG 6 – Oui tout à fait. Aucun problème. Aucun soucis.

E – Et avez-vous des raisons qui pourraient vous faire refuser ce type de prise en charge ?

MG 6 – Ah je n'en ai aucune, simplement que... tant que le juste motif... Enfin... C'est pas une question de prise en charge, c'est que lui se penne en charge. Le problème est que.. je suis pas là pour pousser la brouette, vous comprenez ?

Euh...Je prends en charge, et j'exprime ce que j'ai à dire.

E – Vous établissez une sorte de contrat moral ?

MG 6 – On peut pas dire contrat moral, moi je travaille en relationnel... Spontané... et ... je veux dire par là... Ou ça passe ou ça passe pas

et puis c'est tout (marmonne..), par contre, je les aide à avancer, s'ils veulent s'en sortir je les aide à avancer. Et je trouve des solutions à les aider à avancer. À se sortir du truc.

E – Et citez-moi des raisons qui vous feraient rompre des prises en charge.

MG 6 – La connerie du monde, la connerie de l'individu, le non intérêt de l'individu, l'individu limace, parce qu'en définitive il *gère sa merde* (difficile à distinguer, marmonné)... Non mais attendez, ils sont pris en charge...

Vous savez pourquoi les SDF ont un chien ?

E – Euh... dites-moi...

MG 6 – Vous avez pas vu que les SDF avaient des chiens ?

E – Si si...

MG 6 – Vous savez pour quoi ?

E –...

MG 6 – Pour une raison, tout à fait précise. Parce que, quand on veut les serrer, que la gendarmerie veut... ils ne sont pas, aux normes.

Qu'est-ce qu'on fait du chien ? À 2 heures du matin, trouver un refuge ouvert pour mettre un chien en vadrouille, c'est pas possible. Donc on leur fout la paix.

Comme disait un copain flic « Je commence par descendre le chien et après on discute ».

E – D'accord... Juste j'aimerais revenir à des choses un peu plus « concrètes », donc vous m'avez dit la connerie... Mais de manière plus concrète est ce que ce sont des problèmes d'assiduités, d'observance déjà par rapport aux rendez-vous ? Ou de « mic-macs », de les voir revenir plutôt, demander trop souvent de faire des chevauchements ?

MG 6 – Un comprimé par jour sur 30 jours ça fait 30 comprimés ça n'en fait pas 15. Je ne suis pas là pour avaliser l'absorption de Subutex ou autre produit, je suis là pour compenser la connerie, par un produit de substitution, et de leur fournir ce produit de

substitution. Ou ils acceptent le deal que j'ai, qui est tout à fait clair, net et précis, pam pam pam, ou ils l'acceptent pas, j'ai des confrères très très laxistes qui ferment les yeux sur la quantité de produit qu'ils ont donné. Pas moi.

Le Subutex est pour moi, une planche ou un flotteur sur lequel ils s'installent, en attendant... Enfin, pour pouvoir aller mieux, et s'en sortir. Ce n'est pas une question de, de prendre du Subutex pour pouvoir le revendre sur le marché noir.

E – Donc les détournements c'est réhhibitoire. Et les mésusages ?

MG 6 – Pardon ?

E – Les mésusages. Y en a qui le sniffent, ya les injecteurs qui essayent de le cacher tant bien que mal. Y'en a qui tolèrent plus ou moins, vous, qu'elle est votre position par rapport à ça ?

MG 6 – C'est des conneries monumentales, c'est réhhibitoire aussi. Le problème c'est que, ils sont même pas capables de marcher les yeux fermés sur une dalle, en bordure de toit parce qu'ils auraient la trouille, et quand on leur dit ce qu'ils sont en train de se faire ils n'en ont rien à foutre. Mais ils n'en ont rien à foutre ! D'accord ? Donc à partir de là... Le médecin propose, le malade dispose... Je ne suis pas là pour sauver le monde. S'il veut que je l'aide, je l'aide, s'il veut pas que je l'aide « zalkarmah » (mot mystérieux... Claquement entendu sur la bande en même temps rendant le mot difficilement audible... je ne sais plus si il a tapé dans ses mains ou autre à ce moment-là). Vous voyez ce que je veux dire ? (je ne l'ai pas fait reprendre)

Je n'ai pas besoin de statistiques positives pour que mon association continue à recevoir des subsides. C'est un discours à deux sens. D'accord ?

E – Euuh.. OK... Donc... Je veux juste par contre vous... (et me recoupe)

MG 6 – Si certaines certaines... certaines certaines... certaines institutions, étaient payées au prorata de leurs très bonnes performances, *on les arrêterait net* (encore là un bruit très parasite qui quasi censure mais il

me semble réentendre ça) Mais ya des gens qui s'en foutent.

J'ai soigné et foutu à la porte des infirmiers de certaines institutions.

E – Ok. Ok. Ça vous est déjà arrivé d'adresser directement aux centres d'addictologie, vous avez des retours ou pas ?

MG 6 – MMMoui.. Pendant un certain temps. Tant qu'ils n'ont pas le dossier, tant qu'ils ne peuvent pas le gérer eux-mêmes... Ah non des retours ?? Zéro. Non.

Alors c'est : « J'ai, potentiellement quelqu'un à vous conseiller, à vous confier ». Alors là, c'est... Open bar hein ? C'est à dire que... « oui oui tac tac t'as qu'a l'envoyer etc ». Mais une fois qu'ils y sont, (claquement de doigt) que dalle ! Demandez à Mikado la consommation de papier à entête qu'ils font dans l'année, je serais étonné de savoir quel est leur tonnage. Non, non, zéro.

C'est leur petit monde à eux, qui de toute façon, à la limite est très pernicieux, parce qu'ils ne peuvent vivre que s'il y a des malades.

Je vais me faire des ennemis moi...

E – Non non ne vous inquiétez pas, c'est anonyme. Bon... Je sors un peu de votre cadre à vous, de votre consultation et de votre cabinet, je vais vous poser une question d'ordre un peu plus générale dont je présage la réponse mais bon, je vais vous demander, vous avez été au courant un peu des polémiques récentes sur l'introduction en France de salles de consommation ? Faire un essai sur des salles de consommation à moindre risque dans les grandes villes, enfin dans la capitale surtout. Est-ce que ça vous dit quelque chose ?

(long silence)

MG 6 – T'façon... Si vous voulez aller fumer quelque chose allez à 4 heures à la sortie des lycées vous trouverez tout ce que vous voulez... Mais, faciliter la consommation pour la rendre légale, je ne vois aucun intérêt, dans la mesure où, mon problème n'est pas de fumer, ou de ne pas fumer, mais qu'est-ce qu'on fume. C'est à dire qu'est-ce qu'on leur

donne à fumer, etc... Et donc, si ce sont des fumoirs dans lesquels on fume euuh... On a le makila (narguilé?) et on fume de la très bonne qualité, why not.

E – Je parle pas de ça. Je parle de salles où les gens qui sont héroïnomanes, qui ne sont pas encore dans la substitution et qui ne sont pas dans la démarche, peuvent, de manière protégée entre guillemets parce que c'est un lieu fermé, où il y a des acteurs sociaux sur place, se faire leur dose sans être dans la rue, sans troubler l'ordre public, avec un début de lien social. En France la proposition avait été refusée jusqu'à présent, parce que déjà légalement, ce n'est pas possible, mais il y a des villes comme Bilbao ou comme des villes d'Amérique du Nord, où ils ont un recul de 10 ans dessus, ils ont vu que ça ne générerait pas plus, d'abord de toxicomanie, que ça limitait fortement, l'incidence des hépatites virales et du HIV en évitant le partage de matériel, et par contre c'était une porte d'entrée dans la substitution.

Voilà globalement. Vous par rapport à cette notion de réduction des risques, quelle est votre position par rapport à ça ? Il y en a qui disent que pour l'individu c'est mieux, est d'autres qui disent qu'on ne peut pas superviser une pratique illégale.

(Tousse, silence appuyé...)

MG 6 – Euh.. Avant de leur jeter la pierre pour savoir comment ils ont fini par se piquer, je dirais qu'à ce moment-là on peut leur offrir une certaine... sécurisation à condition stricte. Que ce soit pas un marché de dupe, et que cette sécurisation, dans le secret, dans l'hygiène, etc... Soit une contrepartie pour, une substitution impérative, voire une cure de désintoxication complète.

Les russes sont beaucoup plus incisifs...

Je peux vous dire que... Vous savez... J'ai vu quelques personnes en état de vrai manque, qui une fois passé, ont arrêté de se piquer.

A qui profite le crime... Attention, a condition que... condition que.. C'est toujours pareil ... Si c'est pour dire, OK on prendra 3 personnes, 4 personnes, 10 personnes, on les pique avec du matériel stérile, on les aide et cetera, et, là-

dessus, en échange, ils font une démarche vers, ceci ou cela, et on les cadres hein ? Attention !

En France ça devient la connerie monumentale ils ont qu'à aller se promener dans les pays du proche orient voir ce que ça donne.

Et à ce moment-là, je suis d'accord.

Si c'est pour que des bénis oui-oui fassent du pseudo social en disant « on les aide » et que ça n'aboutisse à rien, je suis contre.

Si c'est, en faisant fi de leur parcours, mais à condition qu'ils soient demandeurs de la chose et que ce soit dans le but...

« J'en ai marre.. Ah tu te piques, mon pauvre vieux, tiens voilà ton Subutex pendant 15 jours...MAIS »

Pour l'anecdote



Non mais... Ce sont des foireux, tous. Je pourrais vous raconter des histoires, éducatives, où ils connaissent la poloche, beaucoup mieux que moi ou que nous même. C'est tel gamin qui



Ce sont des foireux.

E – D'accord...

MG 6 – Ça pourrait m'entraîner très très loin, mais... Je côtoie des gamins qui ont 16 ans

qu'on tout vu hein ? Que ce soit la drogue, la prostitution, paternelle, maternelle, de leur sœur et cetera, qui ont couché dans le lit où sa mère se faisait sauter et cetera, euh... J'ai ça, et... j' m'en occupe beaucoup, mais. Très discrètement mais bon. Enfin, il s'avère que quand ils arrivent sur zone nous sommes très peu nombreux à être pour la première fois ni flic, ni JAP ni ceci ni cela, comment dire, pour le relationnel, mais par contre, faut pas nous faire chier. Ils le savent. Par contre ils sont capables de vous foutre n'importe quelle saloperie dans la bouffe pour pouvoir vous assoupir à table et piquer la bagnole. (Rigole....) Ce sont des monstres.

E – D'accord... (Je coupe)

* *
*

MG 7

E – Vous avez déjà été confronté à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi, ou d'un problème de sevrage aux opiacés ?

MG 7 – Oui

E – Quelle en est la fréquence à peu près ?

MG 7 – Pour le suivi actuellement, je n'en ai pas depuis 2 ans.

E – Et pour des demandes intercurrentes qui sont en dehors de votre suivi ? Des rattrapages des gens de passages ou des médecins absents ?

MG 7 – Ça arrive une fois de temps en temps, mais c'est essentiellement pour les patients de mes associés. Moi je ne fais rien pour les patients en dehors des médecins du groupe, ou exceptionnellement mais toujours en ayant eu un contact avec le médecin traitant. Je téléphone au médecin habituel pour savoir réellement la véracité des choses, et si le gars est pas là, je dépanne, mais très très ponctuellement. Et si le médecin traitant n'est

pas là, ce qui peut arriver, j'appelle le pharmacien.

E – Vous êtes-vous déjà retrouvés dans des situations difficile par rapport à ces patients ? Vis à vis de vous-même déjà ? Vous m'en avez parlé un petit peu tout à l'heure ...

MG 7 – Oui, quand j'étais un peu moins aguerrri, en début d'installation, je prenais tout le monde et il y en a quelques-uns qui ont manifestement abusé de... un peu abusé de ça.

E – Mais, difficile sur le moment ? Dans la gestion de la consultation ou dans le comportement ?

MG 7 – Oui. Un peu d'agressivité quand on veut pas prescrire le produit de substitution, ou quand on essaye de prendre des précautions, le type se méfie en se disant « il va pas me le faire », ou « pourquoi vous me faites ça... » , une certaine suspicion du patient qui s'instaure et qui va comprendre qu'il n'aura pas facilement sa prescription, qu'il ne aura que après avoir pris des garanties nécessaires.

E – Et vis à vis du reste de la patientèle ? De la salle d'attente ?

MG 7 – Non pas de problème vu que toutes mes consultations sont sur rendez-vous et depuis très longtemps, les gens ne se croisent pas beaucoup dans la salle d'attente. Il y a une dizaine d'années ça pouvait poser des problèmes, mais je ne m'en suis jamais aperçu en tout cas.

E – Les patients, à l'époque, que vous suiviez pour des traitements de substitution, est ce que vous les suiviez pour autre chose par ailleurs ?

MG 7 – Il y avait les deux en fait. Il y avait les patients que je connaissais déjà et qui un jour sont venus me voir pour un traitement de substitution. En général ceux-là, ça se passait plutôt bien parce que je les connaissais avant pour autre chose. Et puis il y en a qui sont venus pour de la substitution, ils ne sont pas restés longtemps parce que au fil des années j'ai compris qu'il fallait que j'instaure une discipline militaire, donc j'établissais un cahier des charges au départ pour le patient, pour sa substitution, s'il respectait pas ses engagements, il allait voir quelqu'un d'autre, il

dégageait. Donc il y avait un espèce de contrat au départ, y'en avait qu'étaient d'accord, et d'autres qui ne l'étaient pas.

E – Un contrat oral ?

MG 7 – Oral oui bien sûr.

E – Et est-ce que vous avez des patients que vous suivez pour autre chose, aigu ou chronique, dont vous savez ou suspectez qu'ils ont un traitement de substitution mais qui sont suivis ailleurs pour ça ?

MG 7 – Non. Pas actuellement.

E – D'une manière générale, vous pensez qu'il soit facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 7 – (silence appuyé) Difficile. Difficile parce que d'une manière générale on a un peu une suspicion vis à vis de ce type de patient. Et eux... Ils savent qu'on sait que quelque part ils vont essayer de nous avoir d'une manière ou d'une autre. Et donc, c'est difficile d'instaurer un climat de confiance.

E – Les rapports sont biaisés à la base déjà ?

MG 7 – Ouais, ils sont biaisés à la base. Peut-être un peu moins quand c'est des patients qu'on connaît pour autre chose ou qu'on a connu plus jeune, qui tombent dans l'addiction et qui ensuite ont besoin de s'en sortir, peut-être qu'eux on fait plus facilement confiance.

E – On fait plus facilement tomber les barrières ?

MG 7 – Oui, on fait plus facilement tomber les barrières. Un type qu'arrive, ou une nana, juste pour ça, on se dit « tient pourquoi il vient me voir », alors que, j'ai pas cette étiquette, quelque part.

E – Justement, dans ces cas-là, quelles craintes vous pourriez évoquer par rapport à ce type de prise en charge ?

MG 7 – Moi j'ai pas de craintes vis à vis de ça parce que justement j'essaie d'instaurer un contrat, avec des règles très strictes. Donc c'est pas compliqué, soit les règles sont bien

respectées, tout va bien, soit elles sont pas respectées, c'est fini. Donc à partir de là, je mets le marché dans les mains du malade, après il accepte ou il accepte pas. Il peut partir à tout moment, si il veut, mais si il accepte, quelque part le contrat, ya peut être une petite motivation de sa part pour faire ça et ce qui fait que ça va peut-être, et sûrement d'ailleurs, instaurer un climat de confiance en me disant « moi je lui propose un truc, il accepte » alors les choses vont pouvoir s'arrondir et on va pouvoir travailler ensemble. On pourra essayer de sortir ce gars de son problème, quoi.

E – D'accord. Et les raisons qui vous feraient refuser d'emblée une prise en charge.

MG 7 – Un patient qui vienne me voir juste pour ça. Juste pour sa substitution, que je connais pas que j'ai jamais vu. Je le prendrai pas. Même si je ne le connais pas... Bon. Je lui donnerai peut être sa chance, de le revoir plusieurs fois, avant d'établir en contrat, mais, d'emblée comme ça, a priori je le prendrais pas.

E – D'accord vous ne le prendriez pas en suivi, et quelqu'un qui viendrait vous voir comme ça spontanément ?

MG 7 – Ah spontanément, ben j'essaierai de savoir la véracité de sa demande, et d'essayer de savoir si sa demande est réelle ou pas, et à ce moment-là oui, j'accède à la demande si j'ai pu me renseigner et si c'est fondé. Si les renseignements sont pas bons, ou si c'est pas fondé, ou si j'arrive pas à avoir les renseignements, j'accéderais pas à la prescription. C'est sûr.

E – Alors par exemple, si quelqu'un venait vous voir de manière un peu pressante, en manque peut-être, vous disant « excusez-moi c'est Dr Untel qui me suit mais là il est malade... » ou avec une histoire de quelqu'un de passage et de « vol d'ordonnance », comment réagiriez-vous ?

MG 7 – J'appelle le pharmacien. Pour savoir la date de la dernière délivrance, la durée de la prescription délivrée, et je vais vérifier si effectivement le gars a raison, ou pas. A partir de là, j'accède ou pas à sa demande.

E – Et vous accédez totalement à la demande, en terme de durée par exemple ?

MG 7 – Euh non. En dépannage, je ferais 7 jours, pas plus. Ce qui est largement suffisant pour retourner voir son médecin traitant habituel.

E – Je demande des précisions parce que les pratiques peuvent différer hein ?

MG 7 – Ah oui oui tout à fait, de toute façon, je pense qu'il n'y a pas de règle, chacun fait un peu comme il le sent. C'est un peu la substance de notre métier hein ? Un peu comme on le sent.

E – Ça vous est déjà arrivé de vous adresser à un centre d'addictologie, ou un centre spécialisé ? Angoulême, La Rochelle ?

MG 7 – Oui Agora à Angoulême. Pas La Rochelle c'est vraiment trop loin, plus Angoulême. C'est bien, il sont bien pris en charge.

E – Par rapport à cela, vous avez des retours ?

MG 7 – Oui on a des retours, on a un courrier, assez rapide en général. De ce genre de chose. Sur les quelques-uns, que j'ai envoyé il y a quelques années, en général, on avait un retour écrit.

E – Donc vous dans votre parcours universitaire vous êtes sortis de la fac en...

MG 7 – J'ai commencé mon internat en 1992.

E – Donc la thématique de l'addictologie en particulier la substitution, ça n'a jamais dû être évoqué quand vous étiez à la fac...

MG 7 – Non.

E – Donc par rapport à ces problèmes-là, quand la question s'est posée, comment vous vous êtes informé ou formé, par le biais de la littérature ?

MG 7 – Non, alors moi c'était très particulier, parce que en fait la première fois que j'ai été

confronté à ça c'était en 1995... non, 96. Je remplaçais un confrère dans les Hautes Alpes, en fait je remplaçais le père d'un de mes copains, qui était installé lui aussi dans le même groupe médical, et lui avait des malades en substitution. Mais bon ça se passait pas très très bien parce que c'était un mec assez psychorigide, mais en même temps on en avait un peu discuté, surtout qu'à ce moment-là, on essayait de comprendre un peu ce qu'il fallait faire, et comment ça se faisait, quoi. C'était un peu nouveau. Surtout que là-bas il y avait beaucoup de passage, des Italiens, il y avait la proximité de Marseille, les saisonniers aussi, les montagnards les campeurs, il y avait beaucoup de jeunes, et beaucoup de drogues qui circulaient, quoi. La vallée de la Durance c'était connu, ça circulait beaucoup.

E – Donc un peu sur le terrain ?

MG 7 – Oui tout à fait c'est ça, un peu sur le terrain.

E – Et donc par la suite vous avez assisté à des séminaires, des EPU ?

MG 7 – Oui un EPU j'avais été à un EPU ici à Cognac on avait eu ça. J'y étais allé. Une fois ou deux fois je sais plus. Il y a une dizaine d'années peut être ?

E – D'accord, merci, j'ai une dernière question à vous poser qui n'a pas grand-chose à voir. On se situe en dehors de votre cabinet ou de votre activité. Vous avez entendu parler de salles de shoot ? Des salles de consommation à moindres risques ?

MG 7 – Oui

E – Il y a eu une polémique l'an dernier par rapport à l'opposition de la mise en place structures test, alors que certains maires de grandes villes seraient plutôt favorables, comme Marseille par exemple. Quelle est votre position par rapport à cela ?

MG 7 – Alors, moi j'ai une position, qui est certainement un peu... Enfin, qui est ma position, je suis totalement pour. Totalement pour ce genre de chose, c'est que je pense qu'il

vaut mieux encadrer les toxicomanes, plutôt que de les laisser dans la nature, sous les ponts, faire n'importe quoi, balancer les aiguilles n'importe où, il vaut mieux qu'ils soient bien encadrés bien suivis parce qu'il y a quand même des pathologies autour de ça qui sont relativement compliquées, je pense qu'il vaut mieux qu'ils soient suivis, dans ce type de structure, avec un personnel formé, médecins, infirmiers, et aussi des psychologues... Ca peut être effectivement, de connaître ces gens-là, de les encadrer ça peut peut-être déboucher sur une prise en charge de l'addiction, beaucoup plus facilement que si on les laisse n'importe où.

E – En général c'est ce qu'il se passe avec le recul que l'on en a dans certaines villes, mais en général, c'est seulement avec des acteurs sociaux, parfois même les forces de l'ordre y participent. Cette question était plus pour essayer de voir si on peut établir une relation entre les opinions des médecins en matière de réductions des risques, et leurs habitudes de pratiques auprès des patients qui ont des traitements de substitution.

MG 7 – Oui oui tout à fait, après je pense aussi, il faut voir comment est-ce qu'on va considérer les toxicomanes, est ce qu'on les considère comme des drogués ou comme des malades. Moi je les considère plutôt comme des malades, souvent des victimes, et je pense qu'il faut vraiment encadrer ces gens-là, vraiment trouver des solutions. Même si ça va à l'encontre de nos idées reçues, ou de nos vieilles croyances « judéo-chrétiennes », il faut que nous, médecins dépassions un peu ça. Il faut les considérer comme des malades, pas comme des drogués. Je dis pas que forcément je suis prêt à les encadrer hein ? Mais je pense qu'il y a des gens qui peuvent être formés pour ça, et il y a certainement des choses à faire.

* *
*

MG 8

E – Durant votre activité, est ce que vous avez déjà été confronté à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi ou d'un

problème de traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 8 – Instauration non, ben en fait en général je bosse avec Agora, enfin j'essaye de leur mettre, d'abord en évaluation, en fait après, je suis si besoin, ce que donne Agora. Mais vu l'organisation Cognaçaise, ça c'est complètement shunté ça, parce que maintenant ça va directement sur les médecins qui s'en occupent. Alors en fait, le médecin qui s'en occupait a déménagé, il s'est réinstallé dans une zone à Cognac, et au bout de deux ans il est parti, et donc en fait, toute cette patientèle a été récupérée a priori par un autre médecin du centre-ville. Donc en fait, nous quand on a maintenant un renouvellement d'ordonnance, on les envoie là-bas. Ou aux urgences. Parce qu'en fait c'est un fonctionnement sur Cognac qui a été organisé comme ça. Non officiel, mais qui est organisé.

E – Là actuellement vous n'avez aucun patient en suivi, avec vous.

MG 8 – Là ? Au jour d'aujourd'hui ? Euh... ... Non. Par contre j'ai eu, enfin on a eu, un suivi juridique.

E – Un suivi de SPIP ?

MG 8 – Ouais. J'en ai eu et.... Ben je crois qu'il a été réincarcéré donc....

E – Par contre ça arrive qu'il y en ait qui arrivent au cabinet ?

MG 8 – Alors maintenant non car on ne prend plus de nouveaux patients. On n'a plus le temps.

E – Et avant cela, quand ce fût arrivé, il y avait déjà eu des soucis de comportement par rapport à vous-même ou par rapport à la patientèle ?

MG 8 – Oui. Et ça pose des problèmes, ça pose des problèmes. Ça pose des problèmes d'agressivité parce que le rendez-vous il est pas tout de suite, Ya même une fois où il nous avait piqué des posters dans la salle d'attente, parce qu'il les trouvait beaux, on lui a dit que c'était pas la peine qu'il revienne, quoi.

E – OK. Et vis à vis du reste de la patientèle ? De la salle d'attente ?

MG 8 – Ça pose problème. Ça pose problème, effectivement, parce qu'on a beaucoup d'enfants, et... Ça pose problème. Problème de comportement, problème de... oui de... d'attitude, et j'avoue que je suis assez ferme, s'il y en a j'essaie de les isoler par rapport aux autres, pour protéger les gamins. Sur ceux qu'on n'arrive pas à gérer.

Mais en ce moment j'en ai plus. Mais, c'est uniquement, du fait de la nouvelle possibilité, c'est à dire que, je pense que comme les toxicos savent que le médecin qui a pris le truc maintenant, il est souple, ils viennent pas nous voir alors que nous on est un peu rigides. On demande la même pharmacie, le suivi, le machin, la règle, quoi.

E – Et par contre, dans votre patientèle, est ce que vous avez des patients que vous suivez pour de l'aigu ou de chronique, habituellement, et dont vous savez, ou vous suspectez au moins, qu'ils ont une substitution qui est suivie ailleurs, par quelqu'un d'autre ?

MG 8 – Ben si on a un doute on vérifie avec la carte Vitale (ton agacé).

E – Oui mais ils ont tout à fait le droit de...

MG 8 – (me coupe) C'est leur droit, mais, nous on a le droit de savoir aussi. Ce que je veux dire par là, c'est qu'on a les moyens maintenant avec la carte vitale de vérifier la consommation et la délivrance.

E – Et vous pensez qu'il n'y en a pas ?

MG 8 – Non. Enfin, y'en a une je suis pas sûr. Mais je suis très vigilant dans la prescription des médicaments.

E – Mais qui ne vous en a jamais demandé par ailleurs ?

MG 8 – Non. Et qui a été chez Agora. Qui a été chez Agora, ça allait beaucoup mieux, et... voilà.

E – OK. D'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il est facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 8 – Non. Pas vraiment...

E – Et les craintes que vous évoqueriez principalement ?

MG 8 – Qu'on soit abusé.

E – Abusé ? Qu'on vienne vous voir pour en avoir plus ou qu'on aille voir ailleurs en fait ?

MG 8 – Non mais moi je renvoie sur le centre de réévaluation pour savoir où ils en sont (téléphone qui sonne). Ouais j'essaie d'avoir au moins un addictologue ce qui permet de dire « ouais c'est bon » ou « non c'est pas bon » ?

E – Et des mésusages, vous avez déjà été confronté ? (...) Des personnes qui ont du mal à prendre leur traitement par voie orale, qui continuent à le sniffer ou se l'injecter parfois...

MG 8 – Euh... Pfff Euh... J'en fais pas assez pour voir ça. Je vais dépanner, mais c'est très ponctuel.

E – D'accord, et vous me dites que vous avez déjà envoyé avec Agora, donc vous avez déjà travaillé avec Agora ?

MG 8 – Ah mais je continue, hein ? Je continue quand on me demande... ça m'est arrivé ya pas très longtemps, le jeune je l'avais renvoyé sur Agora, mais il y avait une volonté donc... Agora l'a repris en charge, et je sais qu'il va à Agora régulièrement, enfin, qu'il est suivi. Mais, de ce fait là, je le gère pratiquement pas. Je le vois pas parce qu'il est pas malade de toute façon... il est pas malade.

E – Mais du coup, vous avez des retours ou pas, avec Agora ?

MG 8 – Non. J'ai des retour avec sa famille, comme quoi, ça se passe bien, mais j'ai pas de retour de... J'ai des retours de la famille. Comme quoi il se gère.

E – D'accord. Vous me dites que vous vous êtes installé en 98, votre troisième cycle vous l'aviez démarré en 95 ?

MG 8 – Euh... Non parce que j'étais attaché au Samu à [REDACTED]... 93.

E – Donc ces questions d'addicto de toute manière on n'en parlait pas encore...

MG 8 – Non ça démarrerait tout juste... Et on avait des consignes de... Moi j'ai fait un service à Paris, donc au « Val », et on avait des grosses grosses consignes à Paris, de mettre les gens dans les réseaux et refuser. Pour que les gens ils soient... enfin, que ça soit cadré.

J'ai été plutôt formé à ça. Surtout à former un réseau et...

Ce qui nous arrange aussi dans la pratique professionnelle.

E – Donc pour le reste, des EPU, ou la littérature, vous vous étiez penché dessus aussi ?

MG 8 – Oui oui, ben oui parce que comme on fait beaucoup de pédiatrie et puis qu'on fait quand même pas mal de... Moi je suis quand même pas mal impliqué dans le monde du dopage sportif, je suis médecin « agence française de lutte antidopage », donc je sais me tenir au courant.

E – C'est des thématiques qui reviennent souvent du coup.

MG 8 – Voilà. Voilà c'est mon boulot.

E – D'accord. Maintenant, d'une manière un peu plus générale, je vous pose une question un peu plus générale en matière de politique de réduction des risques. Est-ce que vous avez été au courant des polémiques l'an dernier, autour de la mise en place à l'essai sur Paris, de salles de consommation pour les usagers. Avez-vous une opinion par rapport à ce fait ?

MG 8 – Sur les gros centres, selon mon expérience parisienne, ce serait pas mal, parce que cela éviterait qu'il y en ait qui fassent n'importe quoi, parce qu'il y a beaucoup de monde. Mais sur des milieux comme Cognac...

E – Ah mais non, je ne parle pas du tout de Cognac...

MG 8 – Sur des gros centres, des grosses zones, Bordeaux, des grosses villes, Lyon, Paris, ça peut être intéressant, mais le problème ça sera ... ça sera pas utilisé par ceux qui font n'importe quoi. Ceux qui font n'importe quoi ils continueront, donc, c'est pas forcément une bonne solution.

C'est une piste de réflexion, mais c'est pas une solution.

A mon avis

E – D'accord. Merci, on a fait le tour à peu près. J'aimerais juste que vous reveniez un peu sur ce dont vous m'avez parlé au début quand je suis arrivé, votre parcours ici quand vous étiez arrivé.

MG 8 – Oui alors en fait, quand on est arrivé en 98, globalement il y avait un réseau puis il y avait un médecin référent, comme c'était à l'époque. C'est à dire que le réseau travaillait essentiellement avec le médecin référent. Ce médecin référent en fait pour des raisons professionnelles euh... familiales, il a déménagé, il s'est mis dans un autre quartier, et là du coup en fait il a eu beaucoup plus d'affluence, et donc je pense qu'après il était complètement euh... Il était pas trop en lien avec le réseau, il était autonome.

Alors nous ce qui nous arrangeait effectivement, quand vous avez un peu des orientations autres, c'est vrai que dès qu'on avait quelqu'un qui voulait un Subutex ou autre, on le renvoyait là.

Donc globalement l'activité prescription en elle-même, elle est pauvre parce que de ce fait là, comme il y a quelqu'un qui fait que ça...

Il se trouve que lui, il a eu pas mal de problèmes avec le sécu, on lui a dit... « problème », donc de ce fait là, lui il a dévissé sa plaque, et du coup cette patientèle là a été récupérée par un autre médecin, actuellement, qui en fait son... son business, quoi. Donc nous, on récupère par exemple des familles, qui quittent leur ancien médecin alors qu'il avait plus de quarante ans d'installation sur Cognac, parce que, ils aiment pas être dans la salle d'attente en même temps que les gens qui viennent chercher leur Subutex.

E – Ça lui fait mauvaise presse du coup ?

MG 8 – Bah, non ça lui fait... non il a changé d'activité.

Bon ben je vais reprendre mon fil moi, si ça vous va.

* *
*

MG 9

E – Avez-vous déjà été confronté à des patients dans la cadre d'une demande d'instauration, d'un suivi, ou d'un problème avec un traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 9 – Euh.. Demandes d'instauration, oui mais rarement, j'en ai pas beaucoup, et suivi, oui, quand on se remplace les uns les autres, et j'en ai en suivi.

E – Oui comme vous m'avez dit tout à l'heure, vous en voyez deux régulièrement.

MG 9 – Oui. J'en oublie peut être un j'en sais rien mais... Là j'en vois deux.

E – Est ce que vous avez déjà été confronté à des situations difficile avec ces patients vis à vis de...

MG 9 – Alors pas avec les deux miens parce que les choses sont claires, par contre avec des autres que je connais pas quand je remplace par exemple, oui on sent des fois quand même... de choses bizarres...

E – Le comportement ?

MG 9 – Ah non on peut pas juger le comportement, mais c'est la façon d'essayer de... de vous flouer un peu.

E – Et vis à vis de votre patientèle, par exemple dans la salle d'attente, est ce que ça a déjà été problématique ?

MG 9 – Dans le temps, j'ai eu le cas, oui, d'un, mais il n'y avait pas encore de traitements de substitution, ça c'était antérieur, c'était dans les années 80. Oui il y en avait un qui était arrivé pas content parce que je lui avais refusé je sais pas quoi, mais bon ça c'est résolu...

E – D'accord, ça reste très...

MG 9 – Oui c'est le seul cas. Je l'ai calmé en fait, pas médicalement. C'était un peu d'intimidation.

E – Concernant les deux patients que vous avez en tête, est ce que vous les suivez pour autre chose que la substitution ?

MG 9 – Il y en a un oui, et l'autre, non. Enfin, quand il y a une pathologie intercurrente. Oui je suis le médecin traitant. Et si quelqu'un venait me voir que pour ça (la substitution), je l'enverrai chez son médecin traitant ça me paraît logique.

E – Et avez-vous des patients qui ont une substitution, ou que vous les suspectiez, et qui consultent ailleurs pour cela ?

MG 9 – Je ne pense pas non. Pas à ma connaissance.

E – D'accord. D'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il soit facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patient ?

MG 9 – Dans la mesure où, il y a une demande et – c'est un peu comme l'alcool finalement – et s'il y a une volonté d'en sortir, je vois pas où est le souci. Il y a plus de problème quand c'est des gens de passage, où en remplacement. Où là ils peuvent en profiter un petit peu, et puis il y en a ou vraiment... bon, ceux-là je les garde pas, qui font vraiment n'importe quoi. Ben là il suffit de refuser et puis ils vont voir ailleurs, hein ? C'est pas compliqué.

E – Et de manière plus concrète, si vous pouvez m'en citer, quelles raisons pourraient vous faire refuser une prise en charge, ou même une délivrance d'ordonnance ?

MG 9 – Une prise en charge, a priori non, je ne refuserais pas, a priori, une prise en charge, mais quand le gars essaye de me flouer ou

revient tous les quinze jours parce que la boîte est tombée dans l'évier, les cabinets, ou qu'il l'a oubliée chez un copain, ça va, quoi. C'est bon ! Enfin quand on sent qu'on est pris pour des idiots.

De toute façon, moi je leur explique, bon c'est un contrat hein la substitution. Ya des règles, on les respecte, si on les respecte pas, soit on va voir ailleurs, soit on se remet à la schnouff mais bon c'est leur problème. Faut qu'ils acceptent aussi la règle du jeu ça coûte assez cher à la sécu.

E – D'accord. Et est-ce que vous avez déjà été confronté à des mésusages ?

MG 9 – Ah ouiiii. Pas en ce qui me... Enfin, pas ma patientèle à moi, oui mais les mecs qui se piquent pour les injecter, qui se font des nécroses, qui sont à deux doigts de l'amputation, oui oui, des fous... Là je me sens pas très compétent.

E – D'accord, il y a aussi des mésusages moins visibles, quand ils sniffent leur comprimés par exemples. Est-ce que vous ce genre de mésusages, c'est rédhibitoire pour continuer le suivi ?

MG 9 – Ben non on peut leur expliquer quand même, on peut enfoncer le clou, quoi. Et puis faut tolérer, même quelques rechutes parfois, bon faut être un peu tolérant. Mais bon, dans la mesure où, à force de rabâcher les choses on n'arrive à rien, ça lasse aussi, hein ? A ce moment-là je les renvoie sur Agora ou un truc comme ça. Je suis pas non plus forcément compétent à fond, on peut pas non plus....

E – Ça vous arrive d'adresser à Agora donc.

MG 9 – Ben quand ça part en vrille, oui je leur dit, je préfère, s'ils font n'importe quoi je leur dit « ben écoutez faut peut-être remettre les pendules à l'heure », moi je peux plus après, ça dépasse mes compétences.

E – Ca vous arrive de les contacter directement ?

MG 9 – Ah oui oui, bon ça a dû m'arriver qu'une fois, parce que j'en ai pas beaucoup, il y en a un, j'en parle, mais bon c'était un troisième

mais qui maintenant n'est plus là, sur Angoulême je crois. Alors il venait ici d'Angoulême, je lui ai dit non, faut arrêter ça.

E – Et par rapport aux réseaux, à Agora, une fois que vous les avez contactés, vous avez eu des retours ?

MG 9 – Oui, enfin ils résolvent pas non plus le problème d'un claquement de doigt hein ?

E – Évidemment, mais je veux dire, est ce qu'ils vous tiennent au courant, est ce que vous recevez un courrier ?

MG 9 – Ben euh... Je voudrais pas dire de bêtises, je veux dire que quand on envoie sur Agora en général, c'est que le patient, il maîtrise pas tout. Donc une fois sur deux, je pense que vous prenez le rendez-vous il n'y va pas, donc, vous avez pas de retour. Et puis, si il revient pas, ben vous savez pas. Donc c'est toujours assez aléatoire.

Des retours j'ai dû en avoir quand les gens ont joué le jeu, mais comme une fois sur deux ça foire... C'est assez décourageant...

E – D'accord. Vous m'avez dit que vous aviez déjà été confronté au problème même avant que les traitements de substitution n'existent. Comment vous êtes-vous renseigné, par les exigences du terrain ? En partageant des pratiques ? La littérature ? Des EPU ?

MG 9 – Ben, entre confrères oui, puis les formations et la littérature. Mais moi, mon expérience est limitée, mes connaissances aussi donc je connais mes limites.

E – Oui mais je veux dire, vous avez facilement trouvé des réponses aux questions que vous vous posiez ?

MG 9 – Oui oui sans problème, et puis il y a le Vidal aussi hein ? De temps en temps on peut le lire, c'est très bien c'est très bien fait donc ya pas de souci.

A mon niveau hein ?

E – D'accord, maintenant je voudrais vous poser une question d'ordre plus général en dehors du contexte de votre cabinet et de votre

activité, sur les politiques de réduction des risques. Avez-vous entendu parler des polémiques concernant la mise en place à l'essai d'une salle de consommation à moindre risque pour les usagers à Paris ?

MG 9 – Oui oui.

E – Et cela n'a pas pu se mettre en place pour des raisons légales et...

MG 9 – (me coupe) Et économiques.

E – Économiques ?

MG 9 – Parce que, l'économie souterraine des banlieues qui évite sûrement, des échauffourées, est plus ou moins je pense respectée par la politique, par la législation. On sait très bien que si on coupe l'économie souterraine des banlieues, ça va être l'émeute. Bon bref... c'est hors sujet.

E – Euh oui, non. Je voulais avoir votre opinion justement par rapport à cette polémique.

MG 9 – C'est quand même difficile, bon je pense qu'il faudrait regarder autour, en Europe. Moi je pense que... Ca dépend comment c'est géré hein ? Soit c'est des drogués établis qui ont accès à ça mais si on a un truc où tout le monde a accès, tout le monde va finir par se camérer hein ?

Les gens ne vont pas bien, qu'est-ce que vous voulez... Dans les entreprises, tout ça, les conditions de travail sont mauvaises, les relations sont mauvaises... J'en ai encore un exemple très récent. Donc les gens ne vont pas bien.

Donc si vous libérez ça, alors libérer le shit... Pourquoi pas, j'en sais rien, mais libérer la blanche ah non non, faut arrêter... Je suis contre parce que, le shit vous pouvez vous en passer mais l'héro, non, l'héro vous êtes accros en une ou deux prises, c'est la folie, quoi.

Donc je serais plutôt contre. A priori.

Maintenant qu'on fasse, effectivement, dans le cadre d'un suivi, ou aussi d'un recensement, des drogués actuels, et qu'on les permette

d'aller se shooter pour moins cher dans des salles exprès, pourquoi pas. Parce que ça va faire de la délinquance en moins, ça sera peut-être pas mal aussi. Mais pour des gens qui sont déjà suivis, je veux dire. Vous voyez ? Mais pas pour tout le monde, quoi. Ça serait de la folie.

E – Par exemple le recul sur Bilbao est favorable sur ces choses-là.

MG 9 – Oui mais en même temps Bilbao ils n'ont peut-être pas le même problème que nous avec les banlieues ?

Moi je serais a priori, pour, parce que d'abord les gars pourraient peut-être se réinsérer mieux, tout leur fric passerait pas là-dedans, ça serait pas plus mal, et puis ça limiterait la délinquance ou le deal parce que souvent ce qui se passe, c'est qu'ils dealent pour se payer leur truc, donc vous voyez ça fait un peu... ça part dans tous les sens. C'est vrai que ça serait peut-être pas mal si c'était un peu géré, légalement.

Maintenant, faut voir, ceux qui dealent à grand niveaux et qui vivent grassement, de quoi vont-ils vivre après... De toute façon je trouve quand même que c'est très cher payé, pour avoir une paix relative dans les banlieues, de tolérer cette économie souterraine, parce que, maintenant ya quand même des gars qui font des sorties de collèges. Il y a quand même notre jeunesse qui est un peu en danger. Et vu le climat actuel, c'est vrai qu'il y a beaucoup d'incertitudes, beaucoup d'angoisses, c'est vrai que les jeunes ont vite fait d'essayer hein ? Et après les conséquences que ça a... Après on leur fait de la substitution, mais la substitution c'est de la drogue légale hein ? C'est pas un traitement curatif hein ? On le sait, c'est long, c'est pas facile.

Donc à la limite, oui il pourrait y avoir des zones où on essaye ça pour voir ce que ça donne. Par contre à mon avis, faut pas commencer par le 93, par le neuf trois, faudrait commencer dans un petit coin peinarde et voir un peu ce que ça donne.

E – D'accord. Bon, j'ai eu globalement les réponses aux thèmes que je souhaitais aborder. Il y a autre chose que vous auriez souhaité préciser ou autre chose que je n'ai pas abordé ?

MG 9 – Je dirais en plus, qu'il y a deux types de patients, il y a celui qui a essayé, dans un contexte festif par exemple, qui est tombé dedans mais a tout de suite réagi et veut s'en sortir, moi celui-là, me pose pas de problème. Et puis il y a déjà le patient plus chronique, un peu plus pervers, un peu plus désocialisé, et là c'est beaucoup plus difficile.

Je pense qu'il y a deux profils, et un dont on aura de toute façon du mal à sortir du bazar, et l'autre, où on y arrivera, si on s'en donne le temps.

E – Vous pensez qu'il pourrait y avoir peut être des psychopathologies plus lourdes derrière ?

MG 9 – Oui, et de milieu social aussi, quelqu'un qui est un peu paumé, qui se fait virer de chez lui, de chez ses parents, qu'est tout seul, bon voilà, on peut pas juger comme ça, et puis bon peut être qu'ils sont pervers un petit peu d'emblée aussi j'en sais rien.

Celui que je vois plus, tiens, lui c'était vraiment un pervers, un bon à rien, quoi. Il a toutes les qualités quoi, menteur... Tout quoi. Celui là je sais pas ce qu'il va faire c'est un gosse qu'a 20, 21 ans, qu'a toujours plein de problèmes, qui fait jamais rien et qui fera jamais rien. Qui a quitté l'école, qui apprend pas de métier, qu'est ce que vous voulez qu'il fasse ? Celui là je le vois mal... Qui prend du Subu, qui prend de l'héro... Alors il vient ici pour en avoir d'autre, il vous dit, « oui c'est vrai, je fais n'importe quoi et tout... » ben je l'ai envoyé à Agora, j'ai jamais eu de nouvelles, pourquoi ? Parce qu'il n'y est pas allé (rires) tout simplement...

Voilà c'est tout

E – OK

MG 9 – Bon moi j'ai pas une expérience énorme, c'est pas que je les attire pas, ils viennent pas. C'est curieux parce que un médecin qui se met à faire de la substitution, wouah, sa clientèle augmente d'un coup. Il y a une espèce de traînée de poudre qui fait que... faut aller là parce qu'il y a pas de souci. Moi je suis un peu plus raide, donc...

E – Oui c'est ce que dit un de vos collègues, il trouve que ça fait un effet d'appel et il s'en

plaint un peu parce qu'il ne veut pas faire que ça.

MG 9 – Mais il y avait le docteur [REDACTED], enfin, sans le nommer mais bon, qui a arrêté là mais lui qui en avait beaucoup beaucoup. Ça s'est réparti je pense, sur les autres médecins de Cognac... Moi je refuse pas de le faire, mais je dis pas que c'est ma tasse de thé non plus hein ? J'avais été confronté à un patient, que je connaissais petit c'est la famille qui m'avait appelé parce que ça n'allait pas, là je l'ai assumé, avec plaisir, enfin de bon cœur, mais bon, après quand c'est des gens qui errent et tout ça c'est vrai que je suis moins, je suis moins branché dessus, je suis un petit peu... bon on n'est pas là pour juger. A priori on accepte mais après c'est vrai qu'à force de se faire rouler dans la farine, on a des réactions un petit peu de rejet aussi hein ?

E – Très bien, merci.

* *
*

MG 10

E – Est ce que vous avez déjà été confronté à des patients, dans le cadre d'une demande d'instauration, d'un suivi, ou d'un problème de traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 10 – J'en ai vu, c'est pas moi qui ai instauré, qui étaient sous substituts, quelques rares cas, une jeune femme que j'ai soignée quand elle était gamine, qui est revenue me voir pour que je l'aide un petit peu, mais bon, très peu. Très très peu, vraiment pas.

E – Donc là en suivi vous n'en avez pas du tout.

MG 10 – J'ai pas de suivi. Aucun drogué connu suivi.

E – Les fois où ça s'est présenté, que quelqu'un vienne vous voir par rapport à ça, il y a-t-il eu des situations difficiles ? Je parle en terme de comportement.

MG 10 – Une fois, un qui voulait absolument, qui était pas en substitution d'ailleurs. Qui voulait une piqûre, en grand manque.

E – Et est-ce que ça avait posé un problème vis à vis de la patientèle dans la salle d'attente ?

MG 10 – Je suis sur rendez-vous, donc, non. Très peu.

E – Par contre, dans votre patientèle, y aurait-il des patients qui ont un traitement de substitution, que vous le sachiez ou le suspectiez, qui est suivi par quelqu'un d'autre ?

MG 10 – Pas actuellement.

E – Et c'est arrivé ?

MG 10 – Oui c'est arrivé, une patiente sous Subutex, elle était suivie par Agora.

E – D'une manière générale, vous pensez qu'il est facile d'établir une relation de confiance avec ce type de patients ?

MG 10 – D'une manière générale, je pense qu'il ne faut surtout pas penser qu'on va établir une relation de confiance. Je les écoute, ou je leur donne l'impression, mais je suis comme eux, c'est à dire que je ne crois absolument pas ce qu'ils me disent.

Je ne crois pas du tout à la vérité du côté des drogués, tant qu'ils sont pas en substitution, tant qu'ils sont pas... J'y crois absolument pas. Par principe ils mentent, et ça s'est pour l'instant toujours avéré vrai.

E – Et quelles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge pour une substitution ?

MG 10 – Ben je pense que c'est pas une substitution, que c'est carrément une drogue hein ? Qu'il vient chercher sa dose en plus. Donc, ça serait ça... Parce qu'on reçoit des courriers de temps en temps, de tel ou telle personne.

E – De la part de...

MG 10 – De la part de... je ne sais plus quel organisme nous envoie ça.

E – Agora ?

MG 10 – Non, pas Agora, je crois que c'est la DDASS ou un truc comme ça, qui nous dit "Attention, actuellement il circule un ou deux personnages qui vont prendre des ordonnances à droite et à gauche".

E – Donc là de toute manière vous faites barrage.

MG 10 – Absolument.

E – Vous vous êtes déjà référé au réseau d'addicto le plus proche ? Est-ce que vous vous êtes déjà adressé à eux pour régler quelque chose ?

MG 10 – Non. Jamais.

E – D'accord. D'une manière plus générale maintenant, en dehors du contexte de votre activité et de votre cabinet, l'an dernier dans les actualités on entendait parler d'une polémique autour de la mise en place à Paris, à l'essai, d'une salle de consommation à moindre risque pour les usagers. En avez-vous entendu parler ?

MG 10 – Non.

E – Comme ça se fait depuis une dizaine d'années dans certaines grandes villes des pays du nord de l'Europe, ou en Espagne, dans les endroits où les usagers provoquent des troubles de l'ordre public, entre autre, (téléphone qui sonne)... Dans ces villes là ils ont mis en place des structures, qu'on appelle vulgairement des « salles de shoot » où les usagers peuvent venir, il y a des acteurs sociaux sur place. Et ils sont supervisés dans leur consommation, parfois les forces de l'ordre sont présentes aussi. Il y a moins de troubles de l'ordre public, ils ont accès à du matériel stérile, ça ne génère pas plus de toxicomanie, et les gens accèdent plus facilement à un lien social et à la substitution par la suite. La proposition de mise en place sur Paris a été refusée le cadre légal ne s'y prêtant pas, et les politiques à ce

moment-là, ne voulaient pas trop faire bouger les choses en ce sens. Et ça a créé une polémique. Je voulais juste savoir, vous concernant, quelle serait votre opinion générale par rapport à cet aspect de la réduction des risques.

MG 10 – Euh je ne suis pas très pour tout ce qui facilite un usage. Tout ce qui facilite l'usage, je pense que, à long terme, ça ne fait que faciliter l'usage. Puisque c'est son indication. Même si ça limite la criminalité, ça ne limite pas l'usage des drogues, et l'usage des drogues, pour moi, est néfaste. C'est le problème essentiel de l'avenir, l'usage des drogues, et la permissivité de notre société n'est pas une bonne chose.

Pour moi hein ? Après, chacun voit les choses comme il le pense.

E – L'argument principal de ces dispositifs est de limiter les comorbidités, le VIH, le VHC...

MG 10 – Oui, mais c'est pas le problème des comorbidités, le problème c'est de savoir si une politique de lutte contre la drogue est au niveau. On peut avoir peur d'en parler pour dire ce que c'est et ne pas avoir peur de lutter contre. C'est pas en favorisant que... vous savez, quand vous allez à Amsterdam, le spectacle que vous voyez souvent n'est pas très réjouissant, hein ? Ca ne limite pas, ça fait que favoriser à mon avis, et plus on favorise, plus c'est toxique.

Par contre il faudrait une politique beaucoup plus drastique sur les gens qui fabriquent... ça génère tellement d'argent (ton affligé).

E – voilà merci j'ai à peu près abordé tout ce que je voulais, vous auriez quelque chose à dire de plus ?

MG 10 – Non je pense que j'ai répondu comme je.. Je ne vois pas ce que je pourrais dire de différent.

E – Écoutez je vous remercie beaucoup.

En partant, il a quand même évoqué une situation vécue, connaissance qui avait du

affronter ce problème de drogue, qu'il se rappelle de situations difficiles au domicile il y a 15 ans en état de manque, avec des scènes de violence, de carreaux cassés et de blessures, et me dit qu'au bout de 15 ans de lutte, cette personne là serait peut être en train d'en voir le bout.

* *
*

MG 11

E – Avez-vous déjà été confrontée à des patients dans le cadre d'une demande d'instauration, d'un suivi, ou d'un problème avec un traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 11 – Alors, jamais l'instauration, puisqu'au départ il faut que ce soit prescrit par un médecin spécialiste, donc en fait, nous, en fait les deux patients que j'ai étaient suivis à Agora, donc c'est le psychiatre qui a instauré le traitement, et en fait après j'ai fait le relais.

E – D'accord vous en avez deux en suivi, et en dehors de ça vous avez d'autres personnes qui se sont adressées à vous pour des demandes ?

MG 11 – Moi ça m'est jamais arrivé. Mon mari, oui, il a eu une ou deux fois, un ou deux patients toxicomanes qui sont venus en disant qu'ils étaient sous Subutex, pas du secteur, qu'ils voulaient une ordonnance et cetera... C'était un peu délicat.

E – D'accord. À ce sujet, concernant les deux patients que vous avez, vous avez déjà vécu des situations difficiles en termes de comportement ?

MG 11 – Non. En fait, les deux patients que j'ai ce sont deux enfants de patients qu'on suit depuis longtemps, ce sont deux gamins que je connais depuis longtemps, deux gamins qui ont des histoires difficiles, qui sont des gamins adorables par ailleurs.

Il y en a une, si vous voulez, qui a des troubles du comportement dans le sens où... Malheureusement, je crois que cette fille finira par se suicider un jour. Elle est polytoxicomane, elle est alcoolique, héroïne, cannabis, elle a des troubles du comportement, il y a déjà eu des actes de violence, des choses comme ça, voilà.

E – Avec une psychopathologie sous-jacente ?

MG 11 – C'est difficile à dire, c'est une enfant adoptée, elles sont trois sœurs... Avec un parcours particuliers.

E – Et concernant le reste de la patientèle dans la salle d'attente, il y a déjà eu des soucis ou pas ?

MG 11 – Non. Jamais. Avec ces deux-là, jamais. Parce que ce sont par ailleurs, alors, le premier que j'ai c'est un gamin qui est tombé dans la toxicomanie après un accident gravissime du travail, où il s'est retrouvé amputé d'un membre, euh, il est tombé là-dedans un peu par désespoir, mais c'est par ailleurs un gamin qui pose aucun souci. Il vient là en consultation, à ses horaires tous les quinze jours, donc lui il me pose aucun problème. Et la jeune fille dont je vous parle, si elle a pu poser des problèmes de comportement c'est chez elle, quand elle vient ici, elle est toujours, bon ya des fois je sens qu'elle est en manque, pas très bien, parfois elle est ivre, mais elle n'a jamais été agressive, jamais de choses comme ça.

E – Et dans le reste de votre patientèle, est ce que vous avez des patients dont vous savez ou suspectez avoir une substitution, mais qui est suivie par quelqu'un d'autre ?

MG 11 – Non. Pas que je sache.

E – D'une manière générale, est ce que vous pensez qu'il est difficile d'établir une relation de confiance avec ce genre de patients ?

MG 11 – Ben... Par expérience je dirais non, parce que les deux cas que j'ai, c'est particulier, ce sont des enfants que je suis depuis longtemps, donc... Après j'ai d'autres patients, si vous voulez, qui par exemple, fument du cannabis, ont un alcoolisme... Alors relation de confiance, oui et non, si je pense à ceux-là,

parce que ce sont des enfants qui viennent en crise, lorsque les parents, par exemple, découvrent le truc, quand ils ont des problèmes avec la justice, notamment les permis de conduire et cetera. Ils sont pas forcément revenus derrière, ces enfants-là, le suivi est décousu, quoi. Donc c'est peut être lié à une relation de confiance qui s'est pas établie.

E – D'accord. On va revenir sur les opiacés parce qu'on s'écarte de cadre-là. Quelles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge ? Ou un dépannage ?

MG 11 – Oui alors quelqu'un qui vient me voir, qu'il me dit qu'il est toxicomane, que j'ai jamais vu, qui débarque, qui vient pour chercher du Subutex, à la limite je vais lui faire une prescription pour une journée, dans une pharmacie, en lui disant que ça s'arrêtera là quoi. Il faut établir... enfin je veux des preuves de ce qu'il raconte, quoi.

Après, si j'ai d'autres patients qui viennent parce que ce sont des gamins qui sont tombés dans la toxicomanie, moi ça me gêne pas de les suivre. Voilà.

Je ne me sens pas de les suivre seule, ces enfants dont je vous parle, la jeune fille elle est suivie par un psychologue, et est toujours suivie par Agora, et le jeune homme en question est toujours suivi par le psy sur Agora.

Moi je me sens pas capable de faire une substitution toute seule là comme ça et de plus jamais les renvoyer chez le psy.

E – D'accord. Je ne sais pas si vous y avez déjà été confrontées, mais un comportement de type mésusage par contre...

MG 11 – Si si, ils le sniffent, si si la jeune fille en question elle a fait du mésusage, elle me l'a dit.

E – Et comment vous avez géré ? Pour vous c'était rédhibitoire ou problématique ?

MG 11 – Non, quand elle me dit qu'après, le Subutex, parce qu'elle, elle est sous Subutex, elle a pu l'écraser ou le sniffer, ben, je lui explique qu'il faut pas. Mais qu'est-ce que vous

voulez que je fasse, c'est fait, c'est fait. Mais il n'en reste pas moins que cette jeune fille est dans un état de détresse lamentable, et que je peux pas lui dire « Non, moi, à ce moment-là, je peux plus te soigner », c'est... Qu'est-ce qu'elle va faire ?

Donc... Pfff... On fait au mieux.

E – En même temps c'est particulier vous les connaissez très bien.

MG 11 – Oui c'est ça en même temps je soigne leurs parents, ses sœurs en l'occurrence, donc je peux pas lui dire « ben écoute, moi maintenant... va te faire soigner ailleurs », elle est vraiment pas bien cette gamine-là.

E – D'accord, bon, vous m'avez dit que vous vous référiez régulièrement au centre d'addictologie, c'est pas la porte à côté, bon en général, vous les appelez ? Vous faites des courriers ? Comment ça se passe ?

MG 11 – On s'appelle quand il y a besoin. Et de toute façon, même si c'est pas la porte à côté, moi j'ai envie de dire, quand on est motivé, quand on veut s'en sortir, on fait 40 ou 50km, c'est aussi une question de motivation. Celui qui vous dit « je peux pas y aller, c'est trop loin » ou « j'ai pas d'argent pour y aller », il a de l'argent pour se payer de la drogue, donc, c'est pas une raison valable.

E – D'accord, donc, vous avez de bons retours avec Agora ? Ils vous appellent régulièrement ?

MG 11 – Régulièrement, non, mais.... Je vois le jeune homme qui est suivi par Mr A, Mr A m'a appelé au départ, quand j'ai eu des soucis, moi j'ai appelé Agora, depuis, a priori... Bon je suis peut être innocente, j'ai des confrères qui m'ont dit que j'étais innocente, peut-être, hein ? Mais j'ai pas de soucis avec mes jeunes, donc, le message passe par le jeune homme, là. Quand il va voir Mr A, je lui dis « Tiens est-ce que tu pourrais dire à Mr A que... » voilà, et ça passe par lui.

Donc j'ai pas spécialement de contact si je vais pas les chercher, mais si j'ai besoin, je sais que je peux appeler.

E – D'accord, parce que dans le secteur certains se plaignent notamment du manque de courriers.

MG 11 – Ya pas de courriers, c'est vrai que si vous voulez, moi, le jeune homme que je suis, il voit Mr A une fois par mois ou une fois tous les mois et demi, bon là il est sous méthadone il est sous 25, quand il est venu la dernière fois il m'a dit « Mr A a parlé de la possibilité de passer sous gélules, mais de toute façon pour passer sous gélules il y a une procédure à respecter, il vous fera un courrier pour vous expliquer tout ça. ». Bon, ça c'était pas la dernière fois mais la fois précédente, et la dernière fois, je lui dis « Au fait, tu as revu Mr A entre temps... », vous voyez, ça passe par lui, donc je suis peut être idiote mais j'ai confiance en lui, quoi.

Bon on leur fait des ordonnances pour quatorze jours c'est déjà... Voilà, bon après je sais pas si par derrière, il fait pas ce qu'il veut de la méthadone, mais j'ai envie de dire... J'ai pas l'impression.

E – D'accord. D'après votre expérience, euh vous avez fini vos études en...

MG 11 – 94, j'ai passé ma thèse en Novembre 94.

E – Donc les thématiques d'addicto et de substitution n'ont pas été évoquées pendant vos études.

MG 11 – Pas du tout. Jamais.

E – Donc vous, par rapport à la réalité du terrain, comment avez-vous fait, en discutant avec des confrères de pratiques, dans la littérature, des EPU's ?

MG 11 – En fait, c'est quand les premiers patients ayant un problème sont venus pour en parler, ben je me suis informée quoi. Des EPU's, je suis abonnée à plusieurs revues, et puis voilà, quoi. Je me suis formée, sur le tas, si on peut dire.

(passage de son mari)

E – Une dernière question, je veux pas trop vous retarder. D'une manière plus générale, on

sort du contexte de votre activité et de votre cabinet, Avez-vous entendu parler, il y avait eu une polémique l'an dernier, à Paris, autour de la mise en place à l'essai, d'une salle de consommation à moindre risque pour les usagers ? Ce sont des salles dans certaines villes d'Europe où les usagers peuvent venir se shooter avec une supervision discrète et des acteurs sociaux sur place, ce qui permet d'avoir moins de trouble de l'ordre public, de limiter les comorbidités notamment VIH et hépatites virales, et apporter un début de lien social qui permet peu à peu d'aller vers le chemin de la substitution. Je voudrais juste savoir, quelle était votre opinion sur ce genre de pratiques, en termes de politiques de réduction des risques. Vous pensez que c'est bien ? Ou alors qu'il ne faut pas légaliser une pratique qui n'est pas légale ?

MG 11 – C'est difficile de répondre comme ça, j'en avais pas entendu parler, moi je ne suis pas confrontée à ce genre de problème parce qu'on est dans une petite ville... Enfin, en campagne. Après, ce que je peux dire, c'est que... Parmi ma patientèle, énormément de jeunes fument du cannabis, et ceux qui s'en sont sortis, bien souvent, c'est parce qu'ils se sont fait coincer par les gendarmes, sur la route, parce qu'on leur a retiré le permis et cetera.

Alors, bon, je ne suis pas sûre qu'une politique répressive uniquement soit forcément bonne, mais par expérience, j'ai l'impression que la peur du gendarme, ça fait avancer les gens. Voyez le petit toxicomane que je suis et qui est sous méthadone, il fumait aussi du cannabis tous les soirs, c'est un gamin qui boit aussi tous les soirs. Il s'est fait retirer son permis à cause du cannabis, bon c'est important le permis pour se resocialiser... Du coup, il a eu retrait de permis, contrôle avec abstinence de cannabis pendant deux mois, et grâce à ça il a arrêté. Il est passé au tribunal, il avait un dosage urinaire pour voir s'il avait du tétra... Grâce à ça il a arrêté complètement le cannabis puis finalement il me dit « ça m'a pas posé de soucis, je croyais que c'était beaucoup plus dur que ça et j'ai arrêté facilement. », mais sans ça, n'empêche que j'avais beau lui dire il arrêterait pas.

Alors, légaliser des pratiques comme fumer du cannabis comme on peut l'entendre, je pense que c'est une bêtise. Sincèrement. Je suis pas

sûre, enfin je connais pas bien, je suis pas sûre qu'en Hollande, ils ont fait baisser la consommation de cannabis, parce qu'en Hollande, on peut consommer du cannabis dans certains bars.

Donc ce que vous me décrivez, ça évite peut être les troubles sur la voie publique.

E – Là c'est plus en rapport avec la consommation d'héroïne intraveineuse.

MG 11 – Nous, on a fait un an d'internat aux Antilles, où il y avait énormément de crack, et où effectivement il y avait des troubles sur la voie publique, liés au crack. Alors maintenant, ça peut être une solution, mais est ce qu'ils iront forcément dans ces zones-là. Je ne sais pas mais quand on est vraiment désocialisé, sorti de tout... Est-ce que... On le voit bien l'hiver avec le Samu Social, on propose aux SDF d'aller à l'abri, ils refusent. Est-ce que ces gens-là vont y aller ? Je sais pas, ça peut être tenté. Mais... à voir.

E – Il y a un recul de dix ans sur certaines villes, qui est globalement positif, il n'y a pas plus de toxicomanie, moins de comorbidité, plus d'accès à la substitution.

MG 11 – Si ça peut diminuer, si le retour d'expérience est bon, dans ce cas, oui, pourquoi pas l'essayer, j'ai rien contre. Mais il faut être sûr que... voilà... et je ne pense pas que de toute façon ça résolve tous les problèmes quand même.

E – Très bien merci, j'ai eu globalement les réponses que je venais chercher. Y aurait-il quelque chose que vous voudriez rajouter ou préciser ?

MG 11 – Ça serait bien effectivement que dans les EPU's on ait des formations là-dessus, parce qu'en fait on est confrontés à la chose et du jour au lendemain vous avez quelqu'un qui vient vous voir qui vous dit « je suis sous Subutex », bon... Moi le premier qui est venu je ne savais même pas prescrire de Subutex, il a fallu que je prenne le Vidal et que je regarde, voilà, quoi. Donc c'eût été pas mal qu'on ait des formations à ce niveau-là.

Après, moi j'en ai discuté pas mal avec des confrères qui m'ont dit qu'ils refusaient

systématiquement de prescrire, que j'étais... Bon des confrères plus âgés hein ? Qui m'ont dit que j'étais innocente, qu'on pouvait pas leur faire confiance et cetera, bon je leur ai dit « moi c'est deux petits patients que je suis » ils m'ont dit « ben c'est justement là que tu vas te faire avoir », donc bon, je sais pas hein ? J'ai l'impression que, sur les deux patients que je suis, y'en a un qui je pense va pouvoir s'en sortir, et l'autre ne s'en sortira pas, quoi. Et je me trouve complètement démunie et j'ai pas beaucoup de réponses à apporter et... Voilà.

Le problème est ailleurs.

E – Hum hum. Par contre je sais pas si vous savez, mais sur ameli.fr, vous pouvez vérifier les délivrances, s'il y a d'autres prises ailleurs.

MG 11 – Oui, maintenant, c'est tout récent.

E – Et puis le pharmacien est là aussi non ?

MG 11 – Ben c'est le pharmacien de [REDACTED] pour l'un, et pour l'autre, c'est la pharmacie [REDACTED]. De toute façon, le pharmacien il est là oui ou non, c'est à dire que si je fais une erreur sur ma prescription il m'appelle, mais s'il n'y a pas d'erreur, il donne, quoi. Et je n'ai pas de retour non plus hein. Voilà.

E – Bon.

MG 11 – Ouais, vaste sujet.

* *
*

MG 12

E – Est ce que vous avez déjà été confronté à un patient dans le cadre d'une demande d'instauration, de suivi, ou d'un problème de traitement de substitution à l'héroïne ?

MG 12 – Oui. D'ailleurs, récemment. D'institution (d'instauration) ça m'est quand même arrivé rarement, je sais pas si vous savez, mais sur notre ville, il vient d'y avoir un problème, je ne sais pas s'il y a d'autres

médecins avec qui vous allez vous entretenir dans la ville, ils vous le diront.

Il y a deux médecins, surtout un d'ailleurs, qui étaient très prescripteurs de ce genre de produits et je dis pas que c'était à tort, hein ? Mais bon vous savez, ça sélectionne, en fait vous le verrez sûrement dans votre enquête, il y a des patientèles qui se sélectionnent. Donc il y a un médecin qui s'est retiré il y a 2 ans à peu près qui les voyais tous.

Bon moi j'avoue que je me suis protégé, parce que, si vous voulez, depuis 10 ans, j'en ai 2. J'en ai 2 qui sont hyper réglos, je vais même vous dire, en toute honnêteté, je suis intimement persuadé qu'ils n'y touchent pas. Ils la revendent.

Bon un jour j'aurai un règlement avec eux, on en discutera, ils sont bien dans leur peau, ils sont réglos, ils sont réglos avec moi donc... C'est une petite dose en plus, mais je suis persuadé même qu'ils n'y touchent plus mais bon.

Et alors depuis le départ de ces deux confrères, moins le premier dont vous avez entendu parler, mais plus la deuxième personne qui est une dame qui vient d'arrêter en avril, et qui était la plus proche de moi, qui était vers le quartier de [REDACTED] en gros là-bas. Qui a arrêté, donc, on voit avec effarement qu'il y en a beaucoup qui allaient chez elle, et donc on récupère un petit peu des gens, bon... Faut les dépanner.

Franchement c'était pas, c'était pas une pathologie, enfin une pathologie... une médecine après laquelle je courrais.

Alors donc j'ai institué deux traitement, un d'un garçon qui est venu avec sa maman, que j'ai connu tout petit, la mère a découvert qu'effectivement il avait des mauvaises habitudes, et donc on a institué. Et là ça fait 4 mois, on est déjà à la moitié de la dose de ce qu'il prenait au départ. Donc là je suis content du cheminement parce que ça correspond à ce qu'on attend de nous, hein ? De ce que nous on attend des toxicos.

Et alors l'autre, c'est un... défini par les psychiatres comme bipolaire paranoïde. Là c'est pas un cadeau. Pas un cadeau parce qu'il

fait n'importe quoi, la dernière fois, il avait brûlé sa feuille de maladie à l'endroit où j'avais mis « à délivrer par semaine », lui c'est un malade quoi.

Et puis bon voilà, quoi. Moi je dois avoir, 5 patients, à qui je délivre ce genre de produits, et mon épouse doit en avoir 2, voilà. Mais mon épouse, c'est depuis que notre consœur est partie parce qu'avant elle en avait zéro.

E – Et à ce sujet, par rapport à ces patients-là, est ce que vous avez déjà été confronté à des situations difficiles vis à vis de vous-même en terme de comportement ?

MG 12 – Non, pas pour le moment, non non.

E – Et par rapport au reste de la patientèle qui est dans la salle d'attente, est ce que c'est problématique des fois ?

MG 12 – Quoi la présence d'anciens toxicos ?

E – Ouais.

MG 12 – Non, non, ya un moment, celui dont je viens de vous parler là, ce pauvre vieux, non pas la dernière fois, l'avant dernière fois, parce qu'alors lui je lui en met que pour 15 jours, je lui en mets pas plus, il vient avec son chien. Alors j'ironise parce que j'aime bien plaisanter, je lui dis « Non, T. t'es pas chez le vétérinaire, là quand même ». Donc c'est son tour, je lui dis « Ah non le chien tu vas l'attacher dehors » il avait une laisse, mais bon. On peut pas dire que ce soit un problème.

Mais vis à vis de la patientèle, non.

J'ai eu des problèmes d'agression verbale, d'incivilités importantes, depuis que je suis ici d'ailleurs. Et ça c'était ce que je craignais un petit peu. Vous savez, dans les citées comme ça, les populations un peu marginales, et maghrébines, mais ya pas de connotation dans ce que je dis, hein, ont tendance à s'approprier ce qui est dans la quartier. Et je le savais avant de venir là, ce qu'ils ne faisaient pas dans mon ancien cabinet qui était dans ma maison. Mais là, ils se l'approprient, donc il a fallu que je mette les points sur les i, j'ai quand même fait venir trois fois la police, pour évacuer des gens qui insultaient ma secrétaire, tout ça parce

qu'elle pouvait pas donner un rendez-vous, hors urgences bien entendu, donc je pense que ça a marqué les esprits. Et c'est vrai, ça fait trois ans, que ça se passe mieux.

E – D'accord. Les patients que vous prenez en charge pour une substitution, vous m'avez dit 5, est-ce que par ailleurs, vous les suivez aussi pour un problème aigu, un problème intercurrent, ils viennent vous voir pour gérer ça aussi par exemple ?

MG 12 – Oui oui, je suis le médecin traitant, ils ne viennent pas que pour ça.

E – Et est ce qu'il y a des patients que vous suivez, qui prennent une substitution, que vous le sachiez ou que vous vous en doutiez, mais qui ne gèrent pas ça avec vous ?

MG 12 – Non, non j'en vois pas, non.

E – Ok. D'une manière générale, vous pensez que c'est facile d'avoir une relation de confiance avec ce type de patient ?

MG 12 – Pour ce que j'en vis, moi, ça va. Mais honnêtement, comme je vous ai dit tout à l'heure, je suis très méfiant, et je ne souhaiterais pas, bon en plus je vous ai donné mon âge tout à l'heure, je ne souhaiterais pas... Honnêtement je plains mes confrères qui en voient énormément. Hein, comme certains d'Angoulême, ou comme était ce confrère au départ, d'ailleurs je pense, ce confrère a quitté l'exercice libéral dans des conditions un peu particulières et je pense que c'est énormément lié à ça. Lié à ce type d'activité, dans lequel il s'était sûrement beaucoup trop investi, enfin bon, même... des choses que je peux pas vous dire, parce que en plus je suis [REDACTED] donc euh... Je veux dire que... voilà, il est tombé dans le danger, vous savez, l'histoire du gars de Lyon, là (rires), le commissaire de police, ben flic ou voyou, tu sais plus, bon voilà.

Je pense que notre confrère s'est fait piéger dans cette situation parce qu'il en voyait trop. Et il y a jamais touché, c'est pas ce que je veux dire, hein ? Mais, un peu compromis dans tout ce milieu-là, parce que, ben voilà, il était envahi par eux, quoi.

Et sur Angoulême, ya notre brave [REDACTED] qui a pris sa retraite, qui en voyait beaucoup, maintenant, ya [REDACTED] qui en voient beaucoup, ça se sélectionne, je veux dire, ça se dit, quoi.

Cependant moi je suis satisfait de la façon dont ça se passe. Alors ce que je peux regretter, dans la prescription, c'est qu'on n'est absolument pas préparés à ça. Absolument pas. Ça nous est tombé dessus, surtout les gens de mon âge, quoi. Ça nous est tombé dessus, et on intègre mal le truc. Alors, effectivement, on essaye d'être raisonnables en disant « Bon, attendez, on vous donne la possibilité de substituer, pour qu'à terme, vous puissiez arrêter, quoi. » - « Ah ouais ouais ouais, mais là si j'essaye d'arrêter, ça va pas... » enfin, et cetera, donc, on a beaucoup de mal.

Bon, les deux dont je parle dont je suis persuadé qu'il en font le commerce et qui l'utilisent pas pour leur usage personnel... je sais pas par quel bout prendre le truc, quoi. Parce que si jamais je fais une cassure en disant « Bon allé, on va faire une prise de sang, là, on va doser voir un petit peu », d'abord ils sont peut être capables d'en reprendre pour que l'analyse de sang soit positive, et puis je voudrais pas qu'ils ressemblent dedans parce que, démasqués, coincés... bon. C'est pas facile.

E – D'accord. Donc surtout depuis le départ de votre collègue, il y en a eu qui sont venus frapper à votre porte. Quelles sont les raisons qui vous feraient refuser une prise en charge ? De manière concrète, 2 ou 3 exemples si vous avez.

MG 12 – Si vous voulez, concernant notre consœur, on n'en a refusé aucun. Et je pense qu'un autre confrère de la ville, ne s'est pas, comment dire, spécialisé là-dedans, il l'a fait un petit peu à main forcée parce que les gens arrivaient chez lui, parce qu'il avait coutume de remplacer cette consœur quand elle avait des problèmes de santé, donc les gens sont tout naturellement chez lui, et forcément, il va les sélectionner parce que...

Alors, qu'est ce qui me fait refuser... Ce qui me fait refuser, c'est effectivement quelque fois, l'approche de la personne, c'est à dire un petit peu... marginal carrément, quoi, agressif ou

incivil un petit peu. Je me méfie. Et puis il y a le problème de la surveillance, en fait, les gens viennent vous demander, rien ne vous prouve qu'ils ne sortent pas de chez un autre confrère pour aller en demander.

Donc... En général quand c'est un nouveau... non même pas... Les nouveaux qu'on a eu c'était toujours des gens qu'on connaissait, parce que celui qui est paranoïde, là, en fait je soigne sa mère, je soigne ses sœurs, et donc c'est un petit peu elles qui m'ont appelé au secours en me disant « Faudrait un peu prendre en charge X. parce qu'il en a besoin, il fait n'importe quoi et cetera », il continue à faire n'importe quoi quand même mais bon.

E – Et par exemple quelqu'un qui viendrait vous voir avec une histoire... « je suis de passage, on m'a volé mon ordonnance » ou « on m'a volé mon traitement » parce que ça arrive...

MG 12 – Alors je dépanne oui ça arrive. Allez, deux trois fois par an. Alors en général, là, je suis d'une extrême prudence, ça peut être vrai donc je veux pas que le type fasse des bêtises, aille faire n'importe quoi, pour avoir sa dose. Bon je lui demande ce qu'il prend et en général je lui met pour une semaine. Et en spécifiant sur l'ordonnance, si vous voulez, au pharmacien, d'abord je lui demande je lui dis « vous allez à la pharmacie d'à côté » et en spécifiant que dans le doute, je dépanne le patient, mais je ne délivre pas plus d'une semaine.

Si vous voulez on n'est pas flics. D'abord il faut pas qu'on apparaisse comme des flics. C'est pas notre rôle, nous avons notre métier, hein ? Et donc on est aussi là pour calmer la douleur humaine si j'ose dire, donc faut pas non plus apparaître comme un flic. Bon, si le mec triche, c'est plus mon problème, c'est le problème de la pharmacie centrale, à la caisse d'alerter de dire « attendez, là, on a eu des remboursements de drogue, on a eu 4 fois une ordonnance d'une semaine dans la semaine... » c'est à eux d'alerter.

E – On a accès aux données maintenant, vous savez ? Sur ameli.fr, par internet, avec la carte vitale on peut...

MG 12 – Ben oui je sais bien, alors, ça, effectivement, quand j'ai ma secrétaire dans l'après-midi, elle, ça va, elle sait faire, moi je sais même pas faire. Alors quelque fois c'est vrai quand il y a eu des trucs, mais c'est rare quand même. Là, on va arriver à la période là. On va arriver à la période, voyez moi je m'arrange avec un confrère en ville, plus maintenant parce que j'ai un retraité plus vieux que moi qui me remplace tout l'été, mais habituellement il y a un confrère le [REDACTED] en ville avec lequel on s'arrangeait, maintenant je finis pas connaître ceux qui vont chez lui, donc, quand ils viennent me voir l'été parce qu'il est pas là, ça me pose pas de problème de prescrire à sa place parce que je sais qu'ils sont réglos, quoi.

Mais ça m'est arrivé, oui ça m'arrive, deux-trois fois l'an, de faire une prescription d'une semaine pour quelqu'un que je connais pas.

E – D'accord. Est-ce que vous vous êtes déjà adressé au réseau d'addictologie ? Quand vous aviez des soucis, ou pas...

MG 12 – Non. Non, c'est vrai que j'ai aucun contact avec Agora, enfin, aucun contact, personnel je veux dire. Le garçon que j'ai vu petit, je vous ai dit, bon, de toute façon, au début, j'ai dit à sa mère « Faut qu'il aille à Agora, faut qu'il discute du problème de drogues avec eux » je lui ai dit « Écoute, c'est un domaine que je connais pas beaucoup, donc je vais le dépanner, je vais le soigner, je vais le prendre en main, mais j'aimerais bien qu'il aille discuter avec des gens spécialisés, de son problème », voilà. Et il y est allé. Il y est allé.

E – Et par la suite vous avez eu des retours ou pas ?

MG 12 – Agora, non. Non, je reconnais qu'il n'y a pas de retours.

E – Donc d'après votre parcours, vous avez découvert le champ de la toxicomanie sur le terrain, comment vous êtes-vous renseigné sur ces problèmes, avec des confrères ? Vous avez regardé dans la littérature ?

MG 12 – Non, si vous voulez, le problème qui s'est passé, sauf pour les deux derniers dont je vous ai parlé, c'est l'expérience des autres. C'est les autres qui me sont tombés dessus,

avec leur prescription. Qui venaient... y'en a un qui arrive du Nord, c'est mon voisin il habite juste derrière, là, il est gentil comme tout, et l'autre a dû changer de médecin, il devait venir d'Angoulême je crois, et est arrivé avec sa prescription, quoi. Dieu merci pour moi parce que, en gros je sais pas trop par quoi commencer, je fais un peu comme le fumeur, vous savez les patchs, alors « où t'en étais, qu'est-ce que tu faisais et cetera » si je peux avoir un dialogue avec lui, c'est souvent le cas quand même. Puis au pifomètre, on va commencer par du Sub 4 ou du Sub 8, parce que, compte tenu de ce qu'il est en train de me raconter, il va être vite en manque. Et puis je laisse la porte ouverte en disant « On va commencer par cette dose-là, surtout tu ne touches à rien d'autre, et puis si dans la semaine tu te sens pas bien, c'est que je suis en dessous. Donc tu viens et puis on corrigera ». Mais c'est complètement empirique, complètement empirique parce que c'est vrai, on n'a jamais été formés, d'ailleurs.

E – Il n'y a jamais eu d'EPU ou quelque chose comme ça dans le coin ?

MG 12 – Non non, effectivement, vous avez raison, c'est une bonne question que vous me posez, parce que on a un a eu un truc de FMC à Cognac qui fonctionne pas mal, on se réunit une fois par mois, ça se termine par une petite bouffe, ou par un petit cocktail avec un labo, mais c'est sérieux, ça dure jamais moins de deux heures quand même. Et puis en général on est une vingtaine de médecins à chaque fois, et c'est vrai vous avez raison, c'est un truc qu'on devrait faire, faudrait le dire à Agora à un moment ou un autre. Vous me faites penser qu'il y en a un la semaine prochaine, faudrait que je leur soumette l'idée effectivement, qu'Agora vienne un petit peu nous expliquer, quoi. Des gens qui ont l'habitude, si vous voyez quelqu'un qui fait ça et ça...

Et vous dans vos études c'est inclus ? On vous en parle ?

E – Alors moi, quand j'ai fait mon deuxième cycle, ça faisait déjà plus de 5 ans que les traitements étaient autorisés. Je me rappelle c'était avec le Pr Auriacombe à l'époque à Bordeaux, et ça avait été deux heures, dans le deuxième cycle... Et après c'est surtout en maîtrise de stage, que j'en ai vu pas mal, et

ensuite j'en voyais toujours beaucoup lors de mes remplacements habituels. Avec parfois l'impression de me faire un peu avoir, d'où mon intérêt pour le sujet.

MG 12 – Mais je crois que ça doit être un peu décevant, surtout pour les gens qui en voient beaucoup. Oui décevant, je vous donne mon exemple, ya ce jeune-là, j'arrive à diminuer progressivement, mais très très très progressivement. Les deux autres, qui manifestement revendent, donc forcément je diminue pas... C'est pas leur... c'est pas leur gagne-pain parce qu'ils travaillent, tous les deux. Alors là c'est la cerise sur le gâteau, quoi. Ça fait un petit revenu supplémentaire. Et l'autre je vous dis, c'est beaucoup plus difficile, parce que, c'est un grand malade psychiatrique, quoi.

E – On pourra en reparler après, mais d'abord il y a une question que je voulais aborder. Je sors du contexte de votre cabinet et de votre activité à Cognac. Est ce que vous aviez entendu parler l'an dernier, de la polémique autour de la mise en place à l'essai d'une salle de consommation à moindres risques à Paris ?

MG 12 – ... Non...

E – C'est pour les usagers d'héroïne, non pour les gens substitués. C'est ce qui a été proposé, de mettre dans un secteur où il y a pas mal de toxicomanes marginalisés, avec des troubles de l'ordre public, de créer un endroit qui leur est dédié comme cela se fait depuis quelques années dans certaines grandes villes d'Europe et d'Amérique du Nord. Il y a des acteurs sociaux, parfois même une présence policière, et ils peuvent venir consommer, s'injecter ou fumer du crack, avec plus de sécurité que sur la voie publique, avec du matériel stérile disponible. Là où ça existe déjà, avec quelques années de recul, les résultats sont plutôt positifs, ça ne génère pas plus de toxicomanie, ça diminue la prévalence des comorbidités, VIH, VHC, et il y a moins de trouble de l'ordre sur la voie publique, aussi, cela génère un début de lien social pour amener les usagers vers la voie de la substitution. L'an dernier la mise en place proposée n'avait pas pu se faire car la loi ne l'y autorise pas à la base, et la volonté politique n'allait pas dans ce sens non plus.

Comment jugeriez-vous une démarche comme celle-là, serait ce plutôt une bonne idée ? Ou pensez-vous qu'il ne faut pas légaliser une chose comme cela quand même ?

MG 12 – Humm... D'abord, comme vous l'avez compris, c'est un milieu que je ne connais pas beaucoup, même très mal, je pense qu'un confrère qui en verrait beaucoup aura certainement une opinion totalement différente de moi. Bon. Je pense quand même que les substitutions que l'ont fait, ont été un plus pour les gens tout du moins, qui sont dans le rail. Même si on est déçu parce qu'on n'arrive pas, au bout d'un an, un an et demi, à les sevrer complètement, au moins, ceux-là, ils sont rentrés dans le rail, ils sont socialement insérés, et cetera donc ça c'est bien.

Alors bon. Les salles dédiées... mais ya pas de tiers ?

E – Il y a des acteurs sociaux, infirmières, éducateurs surtout.

MG 12 – Mais la drogue est fournie ?

E – Non non. Mais par ailleurs dans certains endroits, en Suisse notamment, on dispose d'héroïne médicalisée.

MG 12 – Je sais pas... Je peux pas me prononcer sur ce sujet-là, parce que je connais trop mal, quoi... Je veux dire... Oui parce qu'à la limite ça correspond un petit peu, je veux dire, le Subutex, c'est pareil, quoi, c'est gratuit parce que, la plupart sont à 100% d'ailleurs, ça leur coûte rien... Oui pourquoi pas... Mais ça doit pas être facile à organiser... La personne qui arrive, qu'est en manque sérieux, qui arrive, sa dose va falloir la contrôler quand même hein ?

Moi je connais ça pour ce qui me concerne, si vous voulez, c'est histoire de vous faire sourire, je suis fumeur... Alors l'aquarium de l'aéroport, c'est quand même un remède (rires). C'est quand même un remède contre le tabac, si on y réfléchit on a quand même l'air un peu con de tirer sur notre truc, mais, ceci dit, si c'est un vol de 10 heures effectivement je vais la fumer quand même.

E – Je vous posais un peu cette question pour connaître un peu votre opinion, par rapport aux principes de réduction des risques.

MG 12 – Oui, effectivement, c'est une manière de contrôler, non pas sur le plan policier bien entendu, mais contrôler la consommation, contrôler les gens, éventuellement engager un dialogue... Voilà, faut pas que ça apparaisse comme les démasquer, mais ça permet effectivement de... ça peut instaurer un dialogue oui.

E – Autour de ce travail je cherche à savoir un peu si les généralistes se sentent concernés par ce principe et voir si on peut le corréliser au rejet de ces patients dans leurs pratiques. Pour résumer, si dans les endroits comme ici, avec des réseaux mais pas à proximité, si le rejet des patients dans la profession se fait plus par méconnaissance, ou plus par idéologie.

MG 12 – Pour en avoir discuté avec mes confrères, c'est pas l'idéologie. On comprend tous effectivement, que ça a certainement amené quelque chose de positif. On comprend. C'est plus par manque de connaissances, comment approcher ces gens-là, comment les prendre en charge, et la défiance de la marginalité souvent. C'est à dire qu'en fait, « ouais tu comprends moi j'ai pas envie d'être envahi par des mecs qui, s'ils sont en manque, vont devenir agressifs », parce que bon faut reconnaître que, bon effectivement, moi c'est un sujet qui me tient à cœur [REDACTED], les agressions et plus exactement les incivilités des patients sont souvent le fait des toxicos, quoi, de ce genre de personnes, quoi.

Même le petit gamin, là, enfin c'est plus un petit gamin il a 25 ans. L'autre jour, bon, j'avais une heure de retard, c'était vendredi dernier ou jeudi dernier, il arrive, sa mère était pas avec lui hein ? Parce qu'il l'aurait jamais fait. Il était dans la salle d'attente, et puis à un moment, il sort, puis il vient me voir un peu sur le mode amical « Rhooo, ben docteur c'est juste pour une feuille hein, je vais pas attendre une heure pour une feuille » - « Pop pop pop » je lui ai dit « Non non non, tu attendras comme les autres, tu attendras ton tour, faut qu'on parle, faut qu'on discute, faut qu'on parle de ta prescription, si tu veux pas attendre ben tu t'en vas », c'était vendredi donc ça voulait dire qu'il fallait qu'il revienne lundi. Et puis en fait, ô

surprise, je l'ai vu avec sa mère, qui est revenue, il avait attendu son tour, bon j'avais réussi à rattraper un petit peu de temps donc il a attendu trois quarts d'heure. Mais voilà, il y a quand même cet espèce de... j'ai dit « non, faut pas banaliser ma prescription, bien sûr c'est qu'un bout de papier. C'est qu'un bout de papier ! Mais à ce moment-là, je suis plus un médecin, moi. Je suis un dealer ! Je suis un dealer, et puis je vais ramasser des boîtes je vais te les vendre sous le machin, là... ».

Ben voilà. C'est pareil, ils sont toujours un petit peu limites, parce qu'à partir d'un moment, ils considèrent que pratiquement c'est un dû, et puis, ouais, pourquoi s'emmerder à faire la queue chez le docteur.

E – Ça, ça passe pas.

MG 12 – Ah non. Moi à mon niveau ça passe pas. Je suis prêt à faire une petite concession, si je vois qu'il y en a un qu'est pas bien, mais encore une fois je vous dis, on n'en voit pas beaucoup hein.

Pourtant, je suis dans la cité.

E – Oui mais je pense qu'il y a quelqu'un qu'en voit plus, maintenant, mais je ne l'ai pas vu.

MG 12 – Ben je pense que c'est monsieur [REDACTED] qui a dû en récupérer pas mal, c'est un copain, il m'a dit « Oh tu comprends, moi [REDACTED] je la remplaçais, alors je récupère tout ça c'est pas un cadeau ».

E – D'accord, je pense que j'ai à peu près évoqué tout ce que je voulais. Il y aurait-il autre chose que vous auriez souhaité rajouter à ce sujet, ou préciser ?

MG 12 – Non, non. Si vous voulez, les gens de ma génération, pas formés, effectivement, pas formés, ont un a priori un peu conservateur allé... appelons un chat un chat, on est des vieux donc on est un peu conservateurs. On aime bien la tranquillité, on veut pas s'emmerder avec ça... Voilà, en gros on veut pas s'emmerder avec ça, surtout qu'on n'y connaît rien. Et puis, une certaine méfiance, parce qu'un certain nombre de toxicos sont quand même borderline, ils sont pas facile, forcément, à manipuler. On en a eu hein, oui je crois qu'en permanence on a dû en avoir quatre

avec ma femme, mais ya eu des pas sages. Il y en a un, notamment, je me souviens, qui était quelqu'un que j'ai connu enfant, plutôt adolescent d'ailleurs, je soigne sa mère, son père et son petit frère, et lui il était genre « voilà je viens chercher, t'as pas à... non non... j'ai pas envie de discuter... faut que je vienne ben je viens chercher ma drogue », et puis en général je prescris pour 15 jours, c'est pas pour gagner 23€ de plus je m'en fous, mais j'estime que, j'ai pas envie de donner 1 mois de drogue d'un coup, un mois de substitution d'un coup. Et alors celui-ci c'était « ah non non je veux pour quatre semaines, parce que je vais pas m'emmerder à venir tous les quinze jours », abord un peu difficile. Et comme je me faisais un peu tirer l'oreille, que j'argumentais, je l'ai vu pendant deux trois mois puis je l'ai jamais revu après.

E – Il a trouvé plus souple ailleurs ?

MG 12 – Voilà, ou il est parti ailleurs, ou il a peut-être trouvé du boulot, je sais pas. J'en parle pas à sa maman parce que je suis pas sûr qu'elle était au courant, mais lui je l'ai pas revu.

E – J'ai pu croiser parmi vos confrères certains qui s'intéressaient à ces sujets, mais qui regrettent un peu le fait d'attirer beaucoup de patients car ils ne veulent pas limiter leur activité à cela, aussi qui se désolent un peu de l'image que ça leur donne vis à vis des autres confrères.

MG 12 – Ah oui, ça c'est sûr, parce que je vous parle de ce confrère qui est parti, pour toute la confraternité de Cognac, c'était le dealer. Enfin, le dealer... on l'appelait pas le dealer, mais, en fait, d'ailleurs, je vous le cache pas, moi personnellement, je ne l'ai pas fait, mais un certain nombre de confrères disaient aux gens « aah mais attendez pour ça, vous allez voir le Dr Machin là-haut », oui oui, ils les envoyaient même chez lui hein ?

E – Vous ne trouvez pas que c'est dommageable ?

MG 12 – Ah oui oui effectivement parce que ça marginalise un peu plus les gens. S'ils sont prêts à vous faire confiance à vous, et que vous dites « Ah non non, je veux pas de vous, vous n'avez qu'à aller là-bas... »

E – Pensez-vous qu'on pourrait aussi faire l'analogie avec d'autres pratiques ? Dans certains secteurs, certains délèguent les frottis et la prévention à des collègues expérimentés, des femmes souvent, qui se retrouvent avec une grosse patientèle venant exclusivement les voir pour la gynécologie médicale.

MG 12 – Ah mais ça va très vite, je vous l'ai raconté tout à l'heure, mon épouse il y a environ 10 ans, mes enfant étant partis de la maison, a pu reprendre une activité médicale plus soutenue, un gros mi-temps. Et, de facto, sans qu'il ne se passe rien de particulier, d'a priori, elle a tous les gosses !! Moi je n'en vois que par secours, ben à cette heure-là, quoi. Un gamin qui sort de l'école, mais si vous venez dans ma salle d'attente de 14h à 19h, si vous voyez 2 gosses, c'est tout. Les gens aiment bien sélectionner comme ça. La gynéco c'est pareil, ma femme est là donc c'est elle qui la fait. Il y a une sélection. Et la toxicomanie, a fortiori.

E – Voilà, mais d'après vous, serait ce en partie dû à un problème d'image et de réputation, ou alors un problème de méconnaissance et de maîtrise de la discipline ?

MG 12 – Ya sûrement un peu des deux, mais ce que vous venez de dire tout à l'heure, me semble juste, effectivement, les confrères n'ont sûrement pas envie de s'entendre étiqueter.. « Ah oui oui allez voir Machin, là, allez voir Dupont, parce que lui il connaît bien ça... » et cetera, sans même le charger, sans dire « Il voit tous les toxicomanes » mais « Il connaît bien ça ».

E – Je vous remercie beaucoup.

* *
*

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Introduction : En France, les patients qui nécessitent un traitement de substitution aux opiacés, ont des difficultés à se faire prendre en charge dans de bonnes conditions, dans certains secteurs où les réseaux ville-hôpital toxicomanie sont peu ou mal implantés. Que faudrait-il faire pour améliorer ces conditions de prise en charge ?

Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative dans le secteur de la ville de Cognac, au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de douze médecins généralistes. Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone et retranscrit sur un corpus, qui a été analysé de manière thématique et transversale.

Résultats : Les résistances principales au suivi des patients usagers d'opiacés sont la surcharge d'activité et le manque de ponctualité, le sentiment d'isolement par rapport au CSST avec qui la majorité n'a pratiquement pas de contact, le manque de connaissance, que l'on retrouve aussi dans l'insatisfaction par rapport aux objectifs de décroissance de dose, qui n'est pas un critère pertinent à prendre en compte. L'image du patient usager de drogues n'apparaît pas péjorative dans l'ensemble, il n'y a pas eu de plaintes par rapport au comportement. Les médecins qui s'investissent un peu se plaignent de voir trop de patients, un médecin n'exerce plus suite à des sanctions, générant un afflux de patients. Les autres médecins ont tendance à leur adresser les nouveaux patients. Les médecins ne souhaitent pas se spécialiser malgré eux.

Discussion : Malgré un recrutement faible inhérent au terrain de l'étude, les résultats sont en accord avec les données de la bibliographie. La prise de contact avec le réseau serait plus bénéfique que la formation. Un axe de réflexion pour imposer des quotas de suivi pour les médecins serait bénéfique pour les médecins et les patients.

Mots clés : Substitution, Opiacés, Médecine générale, Réseau Toxicomanie, Méthodologie qualitative, Sanctions